

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

Přírodovědecká fakulta

Katedra demografie a geodemografie



## **REGIONÁLNÍ DIFERENCIACE UMĚLÉ POTRATOVOSTI V ČESKÉ REPUBLICE**

REGIONAL DIFFERENTIATION OF INDUCED ABORTION RATE  
IN THE CZECH REPUBLIC

Bakalářská práce

**Martina Chvállová**

2013

Vedoucí bakalářské práce: Prof. RNDr. Jitka Rychtaříková, CSc.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně pod vedením školitelky Prof. RNDr. Jitky Rychtaříkové, CSc., a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne 20. 5. 2013

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Prof. RNDr. Jitce Rychtaříkové, CSc. za cenné rady, připomínky a věnovaný čas. Také děkuji RNDr. Kláře Hulíkové Tesárkové, Ph.D. za odbornou pomoc.

Dále bych chtěla poděkovat všem svým příbuzným a známým, kteří mě po celou dobu mého studia podporovali.

## **Regionální diferenciacie umělé potratovosti v České republice**

### **Abstrakt**

Cílem bakalářské práce je představit problematiku umělého přerušení těhotenství v České republice za rok 2011. Přehledně nejprve seznamuje s definicí potratů a jejich druhy, což je nezbytné pro přesné vymezení tématu. Dále informuje o platné legislativě a sběru dat o umělém přerušení těhotenství (UPT). Práce je zejména zaměřena na analýzu regionální diferenciacie umělého přerušení těhotenství v České republice. Do práce jsou zařazeny a v podobě grafů zpracovány některé statistické ukazatele UPT České republiky za rok 2011. Jde především o struktury UPT v jednotlivých krajích, podle počtu předtím živě narozených dětí u žen, které podstoupily UPT, rodinného stavu a vzdělání těchto žen. Při zpracování jsou využity metody demografické analýzy i statistické metody (index umělé potratovosti, úhrnná umělá potratovost, průměrný věk žen při UPT) a stanoveny hypotézy, které se později ověřují. Pro větší přehlednost a snadnější interpretaci UPT je použita shluková analýza na úrovni krajů. Analýzou bylo zjištěno, že největší počet UPT je v kraji Středočeském a v Praze. Nejvyšší index umělé potratovosti a úhrnné umělé potratovosti prezentuje Ústecký kraj. Nejmenší index vykazuje Pardubický kraj. Neexistuje jednotný konsensus v přístupu k umělému přerušení těhotenství. Postoje odborníků se liší ve zdůvodnění a argumentaci k UPT. Proto ve druhé části práce sledujeme tyto diskuse z hlediska lékařského, etického, náboženského, psychologického a právního. Navazující kapitola, týkající se dotazníkového šetření, seznamuje s postoji a názory vysokoškolských studentů k UPT. Je možno zaznamenat liberální postoj k rozhodnutí ženy o UPT, i když nejvíce by respondenti zvažovali okolnosti k provedení zákroku. V závěru této práce jsou pak souhrnně uvedeny nejdůležitější aspekty, týkající se UPT v regionech České republiky.

**Klíčová slova:** umělé přerušení těhotenství, region (kraj), postoje k UPT, analýza

## **Regional differentiation of induced abortion rate in the Czech republic**

### **Abstract**

The goal of the work is to address the issue of induced abortion in the Czech Republic in 2011. The abortion definition and its types, necessary for exact delimitation of the topic, are introduced. Then actual legislation and data gathering of induced abortion are provided. The work focuses on the analysis of regional differentiation of induced abortions in the Czech Republic. The work includes graphs of some statistical indicators of induced abortions in the Czech Republic in 2011. It mainly focuses on patterns of induced abortions in individual regions, according to number of previous live-born babies to mothers who underwent the induced abortion, marital status and education level of these women. Methods of demographic analysis and statistical methods are used (induced abortions to live birth ratios, total induced abortions rate, women's average age at induced abortion). Working hypotheses are presented and consequently verified. Cluster analysis on the regional scale was applied to make the induced abortion patterns more transparent and easier to interpret. The analysis showed that the biggest number of induced abortions is in Central-Bohemia region and in Prague. The highest induced abortion ratio and total induced abortion rate is in Ústí n.L. region. The smallest number is in Pardubický region. There is no unified consensus of the approaches towards induced abortions. The specialist's attitudes differ in justifying and arguments about induced abortions. Accordingly, the second part of the work pursues these discussions from the medical, ethic, religious, psychological and legal points of view. The following chapter, based on survey results, shows the attitudes and opinions of university students on induced abortions. There is a noticeable liberal attitude to woman's decision about induced abortion, however, students consider that the circumstances are the most important for the pregnancy termination. A conclusion summarizes the most important aspects related to induced abortion in regions of the Czech republic.

**Key words:** induced abortion, region, attitudes towards induced abortion, analysis

## OBSAH

<b>OBSAH.....</b>	<b>6</b>
<b>Seznam použitých zkratk.....</b>	<b>8</b>
<b>Seznam obrázků .....</b>	<b>9</b>
<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>11</b>
<b>Seznam kartogramů.....</b>	<b>11</b>
<b>Seznam příloh.....</b>	<b>11</b>
<b>1 Úvod.....</b>	<b>12</b>
1.1 Cíle práce a přehled řešené problematiky .....	13
<b>2 Potrat a potratovost .....</b>	<b>15</b>
2.1 Definice potratu.....	15
2.2 Druhy potratů .....	15
2.3 Legislativa umělého přerušení těhotenství.....	16
2.4 Sběr dat pro zpracování statistik k umělému přerušení těhotenství .....	18
2.5 Data a metodologie.....	19
<b>3 Analýza umělého přerušení těhotenství v krajích ČR v roce 2011 .....</b>	<b>23</b>
3.1 Index umělé potratovosti v krajích ČR v roce 2011 .....	24
3.2 Průměrný věk ženy při interrupci v krajích v ČR v roce 2011.....	26
3.3 Míra umělé potratovosti podle věku žen v krajích ČR v roce 2011 .....	27
3.4 Úhrnná umělá potratovost v krajích ČR v roce 2011 .....	28
3.5 Kartogramy územní diferenciace ukazatelů umělého přerušení těhotenství v krajích ČR v roce 2011 .....	29
<b>4 Regionální diferenciace struktur umělého přerušení těhotenství v krajích ČR v roce 2011 .....</b>	<b>33</b>
4.1 Podíl umělých přerušení těhotenství v krajích z celkového počtu UPT v ČR v roce 2011 .....	33
4.2 Umělé přerušení těhotenství podle počtu předtím živě narozených dětí v krajích ČR v roce 2011 .....	34
4.3 Umělé přerušení těhotenství podle rodinného stavu ženy v krajích ČR v roce 2011.....	37
4.4 Umělé přerušení těhotenství podle vzdělání žen v krajích ČR v roce 2011 .....	40
4.5 Umělé přerušení těhotenství podle věku žen v krajích ČR v roce 2011.....	42
4.6 Umělé přerušení těhotenství podle pořadí v krajích ČR v roce 2011.....	48
4.7 Shluková analýza.....	49
4.8 Shrnutí regionálních vzorců umělého přerušení těhotenství v roce 2011 .....	51
<b>5 Diskursivní rámec k umělému přerušení těhotenství.....</b>	<b>53</b>
5.1 Lékařské hledisko k umělému přerušení těhotenství.....	53
5.2 Etické hledisko k umělému přerušení těhotenství .....	55
5.3 Náboženské hledisko k umělému přerušení těhotenství.....	57
5.4 Psychologické hledisko k umělému přerušení těhotenství .....	59
5.5 Právní hledisko k umělému přerušení těhotenství.....	60
5.6 Závěrečné zhodnocení daných hledisek .....	62

<b>6</b>	<b>Postoje vysokoškolských studentů k umělému přerušení těhotenství .....</b>	<b>63</b>
6.1	Sběr dat a metodika .....	63
6.2	Souhrnná data dotazníkového šetření u všech respondentů .....	64
6.3	Názorová rozdílnost v postojích mužů a žen k umělému přerušení těhotenství .....	65
6.4	Názorová rozdílnost v postojích respondentů s partnerem a bez partnera k umělému přerušení těhotenství .....	69
6.5	Shrnutí postojů k UPT vysokoškolských respondentů .....	73
<b>7</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>76</b>
	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>80</b>
	<b>Zdroje dat .....</b>	<b>83</b>
	<b>Přílohy .....</b>	<b>84</b>

## Seznam použitých zkratk

<b>ČR</b>	Česká republika
<b>ČSÚ</b>	Český statistický úřad
<b>EU</b>	Evropská unie
<b>MPSV</b>	Ministerstvo práce a sociálních věcí
<b>MVČR</b>	Ministerstvo vnitra České republiky
<b>MZ</b>	Ministerstvo zdravotnictví
<b>SB</b>	Sbírka zákonů
<b>SLDB</b>	Sčítání lidu, domů a bytů
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>UPT</b>	Umělá přerušeni těhotenství
<b>ÚZIS</b>	Ústav zdravotních informací a statistiky



## Seznam obrázků

Obrázek 1 - Procentuální zastoupení struktury potratů podle druhu v ČR v roce 2011 .....	16
Obrázek 2 - Index umělé potratovosti v ČR mezi lety 1953-2011 .....	24
Obrázek 3 - Index umělé potratovosti v krajích ČR v roce 2011 .....	26
Obrázek 4 - Průměrný věk ženy při UPT v krajích ČR v roce 2011 .....	27
Obrázek 5 - Míra umělé potratovosti podle věku žen v krajích ČR v roce 2011 .....	28
Obrázek 6 - Úhrnná umělá potratovost v krajích ČR v roce 2011 .....	29
Obrázek 7 - Podíl UPT v krajích z celkového počtu UPT v ČR v roce 2011 .....	34
Obrázek 8 - UPT podle počtu předtím živě narozených dětí v ČR v roce 2011 .....	35
Obrázek 9 - Struktura UPT podle počtu předtím živě narozených dětí v krajích ČR v roce 2011 .	36
Obrázek 10 - Index UPT podle počtu předtím živě narozených dětí v krajích ČR v roce 2011 .	37
Obrázek 11 - UPT podle rodinného stavu ženy v ČR v roce 2011 .....	38
Obrázek 12 - Struktura UPT podle rodinného stavu ženy v krajích ČR v roce 2011 .....	39
Obrázek 13 - Index UPT podle rodinného stavu ženy v krajích ČR v roce 2011 .....	39
Obrázek 14 - UPT podle vzdělání žen v ČR v roce 2011 .....	40
Obrázek 15 - Struktura UPT podle vzdělání ženy v krajích ČR v roce 2011 .....	41
Obrázek 16 - Index UPT podle vzdělání v krajích ČR v roce 2011 .....	42
Obrázek 17 - UPT podle věku žen v ČR v roce 2011 .....	43
Obrázek 18 - Struktura UPT podle věku žen v krajích ČR v roce 2011 .....	45
Obrázek 19 - Podíl UPT žen ve věku 45 let a starších v jednotlivých krajích ČR v roce 2011 ..	46
Obrázek 20 - Podíl UPT žen do 20 let v jednotlivých krajích ČR v roce 2011 .....	47
Obrázek 21 - Index UPT podle věku ženy v krajích ČR v roce 2011 .....	48
Obrázek 22 - UPT podle pořadí v ČR v roce 2011 .....	48
Obrázek 23 - Struktura UPT podle pořadí v ČR v roce 2011 .....	49
Obrázek 24 - Dendrogram shlukové analýzy .....	51
Obrázek 25 - Jaký podíl mužů a žen by zvažoval interrupci v případě neplánovaného těhotenství	66
Obrázek 26 - Jakou míru provinění by muži a ženy UPT přisoudili .....	66
Obrázek 27 - Za jakých podmínek považují muži a ženy UPT za ospravedlnitelné .....	67
Obrázek 28 - Podíl mužů a žen, kteří si myslí, že by UPT mělo psychologický dopad na ženu, která ho podstoupí .....	68
Obrázek 29 - Podíl mužů a žen, kteří si myslí, že je početně ohrožena současná česká populace četností interrupce .....	69
Obrázek 30 - Podíl mužů a žen, kteří schvalují současnou podobu legalizace UPT v ČR .....	69
Obrázek 31 - Jaký podíl respondentů s partnerem a bez partnera by zvažoval interrupci v případě neplánovaného těhotenství .....	70
Obrázek 32 - Jakou míru provinění by respondenti s partnerem a bez partnera UPT přisoudili	71
Obrázek 33 - Za jakých podmínek považují respondenti s partnerem a bez partnera UPT za ospravedlnitelné .....	71
Obrázek 34 - Podíl respondentů s partnerem a bez partnera, kteří si myslí, že by UPT mělo psychologický dopad na ženu, která ho podstoupí .....	72

Obrázek 35 - Podíl respondentů s partnerem a bez partnera, kteří si myslí, že je početně ohrožena současná česká populace četností interrupce.....	73
Obrázek 36 - Podíl respondentů s partnerem a bez partnera, kteří schvalují současnou podobu legalizace UPT v ČR.....	73

## Seznam tabulek

Tabulka 1a - Deskriptivní statistika skupin (a) .....	50
Tabulka 1b - Deskriptivní statistika skupin (a) .....	50

## Seznam kartogramů

Kartogram 1 - Index umělé potratovosti v krajích ČR v roce 2011 .....	31
Kartogram 2 - Průměrný věk ženy při UPT v krajích ČR v roce 2011 .....	31
Kartogram 3 - Úhrnná umělá potratovost v krajích ČR v roce 2011 .....	32

## Seznam příloh

Příloha 1 - Míra nezaměstnanosti v jednotlivých krajích ČR v roce 2011 .....	84
Příloha 2 - Obyvatelstvo podle náboženské víry v jednotlivých krajích ČR ze SLDB v roce 2011 .....	84
Příloha 3 - Průměrná hrubá měsíční mzda podle jednotlivých krajů ČR v roce 2011 .....	85
Příloha 4 - UPT podle druhu užívané antikoncepce a kraje bydliště .....	85
Příloha 5 - Dotazník zaměřující se na názory a postoje studentů vysokých škol na UPT .....	86
Příloha 6 - Žádost o umělé přerušení těhotenství .....	89

## Kapitola 1

### 1 Úvod

Cílem práce je představit problematiku umělého přerušení těhotenství, zmínit podstatné aspekty lékařské, právní, etické, psychologické i náboženské, které dané téma pomohou uchopit. Lze zaznamenat určitou renesanci etiky, jejíž argumenty dnes silně zaznívají. Primární pozornost je pak věnována regionální diferenciaci umělého přerušení těhotenství v České republice. Situace ohledně UPT je v jednotlivých krajích samozřejmě odlišná, nemůžeme v této souvislosti plně odhalit všechny příčiny daného stavu. Předpokládáme však řadu dominantních aktérů či vnějších podmínek, které mohou vstupovat do jednání a rozhodování žen o UPT. Tady je možno na obecné úrovni uvést socioekonomické faktory regionů, např. míru nezaměstnanosti, stav chudoby, sociálně rizikové prostředí, dále stupeň religiozity či kulturní kontext oblastí. Vycházíme-li ze statistických ukazatelů, pak při diferenciaci budeme sledovat rodinný stav žen, jejich věk, počet předtím živě narozených dětí a vzdělání. Cílem je pak popsat daný stav v regionech.

Je pozoruhodné a zdánlivě paradoxní, že do debat o umělém přerušení těhotenství s menší důrazností a intenzitou zasahují dnes lékaři jako nejvyšší autorita v dané problematice (Pekárková, 2000, s. 7). Do společenské diskuse více vstupují různá hnutí, protipotratové organizace či náboženské společnosti.<sup>1</sup> Diskuse se točí hlavně kolem práv nenarozeného dítěte či práv ženy rozhodnout se o pokračování těhotenství (Ondok, 1999, s. 81). Na otázku, od kdy je lidský zárodek považován za lidskou bytost, jsou také různé odpovědi. Přitom právě tato otázka zdá se pro všechny aktéry diskusí klíčovou. Máme tedy v případě umělého přerušení těhotenství na mysli lidský zárodek či rodící se lidskou bytost s jejími právy? Samozřejmě velmi křehké jsou samotné dimenze pojmů „lidství“, „člověk“, „lidský zárodek“. Morálka a náboženství jsou na straně práv nenarozeného dítěte, přisuzují rodičímu se jedinci status lidské bytosti, lékařské teorie poukazují na zákonitosti vývoje jedince s podporou nových vědeckých teorií a na ochranu zdraví ženy i dítěte (Rotter, 1999, s. 52). Psychologové připomenou postabortivní syndrom a právní priority ohledně UPT jsou spojeny s platnou legislativou a se zřetelem na ochranu života a zdraví ženy. Ani mezi odborníky v etice nenacházíme vždy jednotný konsensus, a to je pochopitelné, protože východiska a zdůvodňování jejich základního přístupu k umělému přerušení těhotenství se liší. Také

---

<sup>1</sup> Lékaři mohou k problematice poskytnout nejvíce informací, nikdy nenabízejí UPT jako alternativu plánovaného těhotenství, ale jako řešení v krajní nouzi.

premisu lékařské se mohou zdát etikům podivné a obráceně. Jednotlivé postoje etiků pak ovlivňují i formulaci základního problému (Ondok, 1999, s. 34).

Na co je možné ještě v úvodu upozornit, jsou kulturní zvyklosti a tradice různých etnik, které mají svůj podíl na chování jedince a na utváření jeho postojů. Jistě si každý připomene známý příklad starověké Sparty, kde novorozenec nedostatečně vyvinutý či s viditelnou vrozenou vadou byl vržen ze skály dolů, aniž by se jednalo o trestný čin (Pekárková, 2000, s. 12). Naše kultura nejen odmítá a nepřipouští takové jednání, ale právně ho trestá. Víme, jaká váha se přikládá péči o novorozené nedonošené dítě, aniž je jistota jeho dalšího zdárného biologického vývoje. Tady jde o záchranu lidského života s důrazem na lidskou důstojnost. V otázce UPT však předjímá naše společnost převážně liberální postoj, rozhodnutí nechává hlavně na ženě, i když jsme zmínili, že v moderní době antikoncepce bude tento způsob ukončení těhotenství brán spíše jako případ krajní nouze. Pozornost se věnuje zdravotnímu i psychickému stavu ženy a bezpečnosti daného lékařského zákroku. Závěrem lze říci, že s poukazem na všechny výše uvedené okolnosti bude cílem analyzovat stav UPT v České republice za rok 2011.

## 1.1 Cíle práce a přehled řešené problematiky

Cílem bakalářské práce je na základě dat ČSÚ, ÚZIS a vlastního dotazníkového šetření zhodnotit umělou potratovost v České republice za rok 2011, předložit srovnání umělé potratovosti jednotlivých regionů a analyzovat postoje vysokoškolských studentů k umělému přerušení těhotenství. Stěžejní budou při zpracování data z ÚZIS.

Kapitola druhá vymezuje klíčové pojmy - potraty, jejich druhy. Umělé přerušení těhotenství je u nás dlouhodobě legalizováno, ženě je zaručen přístup k bezpečné interrupci. Proto je uveden přehled platné legislativy. Součástí druhé kapitoly je také seznámit se se samotnou strukturou sběru dat pro zpracování statistik k UPT a s použitými metodami.

Kapitola tři přináší vlastní analýzu a sleduje diferenciaci UPT, jak se liší chování umělé potratovosti v jednotlivých krajích. K tomu byly využity kontextové údaje regionálních socioekonomických podmínek z MPSV („Míra nezaměstnanosti a počet uchazečů o zaměstnání v krajích ČR“) a ČSÚ („Obyvatelstvo podle ekonomické aktivity a podle krajů“ a „Struktura průměrné hrubé měsíční mzdy v regionech“), které výrazně mohou přispět k ovlivnění rozhodnutí o počtu dětí, respektive volbě umělého přerušení těhotenství. K socioekonomickým podmínkám dále přistupují aspekty náboženské a kulturní normy jednotlivých regionů, které mohou dotvářet klima umělé potratovosti. Hlavně náboženské tradice a tím prosazování jejích etických hodnot nelze podceňovat. Výrazně mohou zasahovat v otázkách volby antikoncepčních prostředků a omezovat ženu při rozhodování o ukončení těhotenství. Přesto pro důkladné zpracování analýzy chybějí některá data a možná vysvětlení tohoto jevu lze hledat v dalších četných faktorech, jejíž řešení překračuje rámec bakalářské práce. Je zpracována analýza podle indexu umělé potratovosti, úhrnné umělé potratovosti, míry umělé potratovosti podle věku žen a průměrného věku žen při UPT. Sebraná data a informace jsou shrnuty ještě pomocí kartogramů.

Pro dokreslení dalších souvislostí ohledně naší problematiky se čtvrtá kapitola zaměřuje na analýzu UPT v České republice za rok 2011, včetně indexů UPT za jednotlivé kraje (podle počtu předtím živě narozených dětí, podle rodinného stavu, podle vzdělání a věku žen) a podílů UPT v krajích ČR z celkového počtu UPT, podílu počtu předtím živě narozených dětí, podílu rodinného stavu, vzdělání, věku a pořadí UPT. Při vysvětlení rozdílných situací v regionech je také použita shluková analýza zpracovaná pomocí statistického programu SPSS, metodou průměrné vzdálenosti (Average Linkage).

Další téma vzešlo z potřeby uvést diskuse k problematice UPT a připravit se tak na rozbor dotazníkového šetření. To je úkolem páté kapitoly. U dotazníkového šetření v kapitole šesté je představena technika sběru dat, dále uvedena souhrnná data všech respondentů dotazníkového šetření a je porovnáván přístup mužů a žen k UPT a přístup respondentů s partnerem a bez partnera k UPT. Kapitulu uzavírá zhodnocení dotazníkového šetření, přesněji analýza postojů vysokoškolských studentů k UPT.

V závěru celé práce je shrnuta analýza a současně vyhodnocen stav UPT za rok 2011. Můžeme se domnívat, že úroveň umělé potratovosti v České republice souvisí i se společenskou a politickou situací. Můžeme zde předpokládat, že změny v hodnotové orientaci dnešní populace, dostupnost bytů pro mladou generaci, zaměstnanost a kvalitní materiální zabezpečení, jistota státního rodičovského příspěvku, rodinná politika či možnosti seberealizace a sebeuplatnění na pracovním trhu práce mají vliv na reprodukční chování. Jistě půjde o kombinaci mnoha faktorů, objektivních i subjektivních a nelze dát jednoznačnou odpověď. Rozhodujícím činitelem však bude vždy žena.

Poslední část práce tvoří přehledy, grafy, tabulky, seznamy literatury a použitých internetových zdrojů, dotazník a kopie žádosti o umělé přerušení těhotenství.

## Kapitola 2

## 2 Potrat a potratovost

### 2.1 Definice potratu

Abychom se přiblížili našemu hlavnímu tématu, je nejprve nutné definovat základní pojmy. To je úkolem této kapitoly, která odpoví na otázku, co je to vlastně umělé přerušování těhotenství a potrat z pohledu lékařského.

**1. potratem se rozumí ukončení těhotenství ženy, při němž:**

- a) plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 1000 g a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 28 týdnů,
- b) plod projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost nižší než 500 g, ale nepřežije 24 hodin po porodu,
- c) z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu, anebo těhotenská sliznice.

**2. potratem se rozumí též ukončení mimoděložního těhotenství anebo umělé**

**přerušování těhotenství** provedené podle zvláštních předpisů (Zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství. Vyhláška MZ ČSR č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství).

(Zdravotnická statistika Potraty 2011, ÚZIS, s. 8)

### 2.2 Druhy potratů

Mezi druhy potratů patří:

1. **Samovolný** (spontánní, přirozený) potrat, při němž dojde k spontánnímu vypuzení plodu z dělohy před ukončením 28. týdne těhotenství, kdy plod ještě není schopen samostatného přežití. Může jít také o případy po 28. týdnu těhotenství, kdy plod projevuje alespoň jednu ze známek života, má porodní hmotnost nižší než 500 g a nepřežije 24 hodin po porodu.
2. **Miniinterrupce** je umělé ukončení těhotenství, které se provádí vakuovou aspirací. Tato metoda se provádí v raném stádiu těhotenství, tj. do sedmého týdne u prvorodičky a do osmého týdne u druhorodičky.
3. **Jiné legální umělé přerušování těhotenství** je legální ukončení těhotenství jinou metodou než miniinterrupcí do 12. týdne, ze zdravotních důvodů do 24. týdne těhotenství.

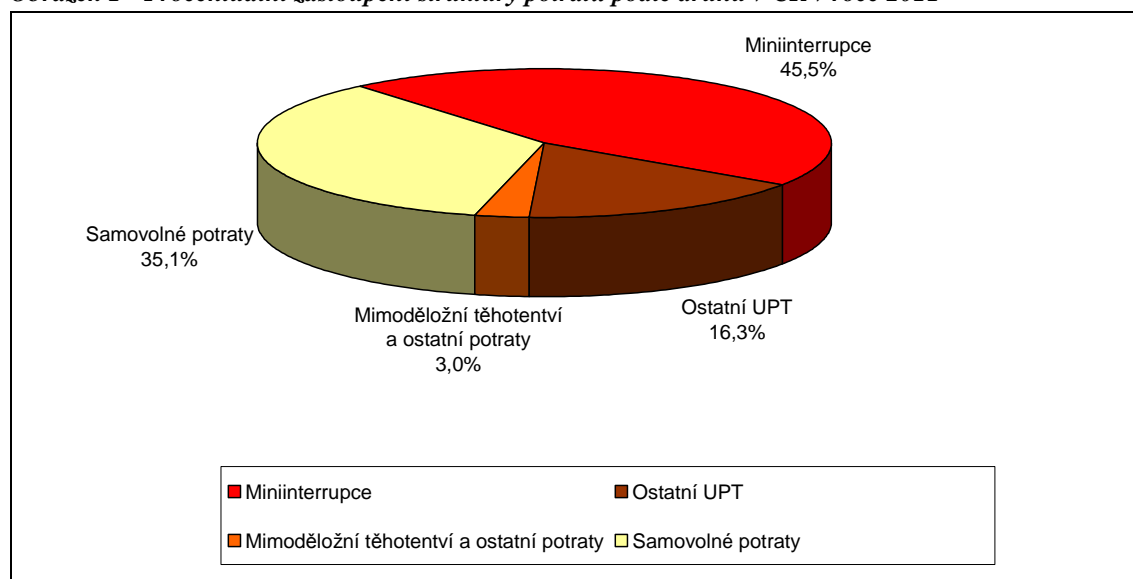
Po uplynutí 12. týdnů těhotenství lze uměle přerušit těhotenství, jen je-li ohrožen život ženy nebo je prokázáno těžké poškození plodu, nebo že plod je neschopen života.

4. **Do ostatních potratů** se řadí potraty, které si žena přivodila sama nebo potrat nedovolený či iniciovaný nedovoleně jinou osobou. Jedná se převážně o kriminální potraty.
5. **Mimoděložní** potrat je umělé ukončení mimoděložního těhotenství, kdy embryo či plod se vyvíjí mimo dělohu, většinou ve vejcovodu, popř. též ve vaječníku či dutině břišní.

(Zdravotnická statistika Potraty 2011, ÚZIS, s. 8)

Z obr. 1 lze vyčíst, že v roce 2011 v České republice převažovaly miniinterrupce nad všemi ostatními druhy potratů, a to 45,5 %. Druhé místo prezentují samovolné potraty s 35,1 %. Ostatní umělá přerušení těhotenství představují 16,3 %. Na posledním místě byla mimoděložní těhotenství a ostatní potraty (3 %).

**Obrázek 1 - Procentuální zastoupení struktury potratů podle druhu v ČR v roce 2011**



**Zdroj:** ÚZIS, 2012 a vlastní výpočty

## 2.3 Legislativa umělého přerušení těhotenství

Důležitým impulsem ve vývoji legislativy UPT u nás byl zákon z roku 86/1950 Sb. V tehdejší Československu zákon (viz. § 218-usmrcení lidského plodu) trestal usmrcení lidského plodu, stanovil však beztrestnost pro tzv. indikaci lékařskou a eugenickou (Dudová, 2012, s. 45).<sup>2</sup>

Další zákon č. 68/1957 Sb. upravil stávající zákon z roku 1950 „v zájmu dalšího rozšíření péče o zdravý vývoj rodiny, ohrožované škodami způsobenými při umělém přerušení těhotenství na zdraví a životech žen zákroky nesvědomitých osob a mimo zdravotnická zařízení“ (§ 1 cit. zákona). Zákon trestal osoby, které provedly nelegálně interrupci. Žena se podle tohoto zákona žádného trestného činu nedopustila. Došlo k následujícím

<sup>2</sup> Během 2. světové války u nás německé orgány interrupce tvrdě postihovaly, proto bylo těžké sehnat lékaře k jejich provedení (Dudová, 2012, s. 45).



kontinuálním změnám oproti roku 1950. Nejdůležitější z nich je provedení UPT na žádost ženy po povolení v interrupční komisi. Až do roku 1986 se stalo rozhodnutí interrupční komise trvalou podmínkou pro UPT. Komise rozhodovaly na základě zdravotních a jiných důvodů hodných zvláštního zřetele. Postupem času se ukázalo zřízení těchto komisí jako velmi nevyhovující a nešťastné. Smysl komisí spočíval zejména v regulaci prováděných UPT a z toho vyplýval často neosobní, direktivní přístup k ženám ve smyslu ovlivnění jejich rozhodnutí. Navíc mohl vzniknout dlouhý časový interval mezi praktikami komise a vlastním provedením zákroku, a tím se komplikovalo řešení miniinterrupcí, jejichž realizace je nutná nejpozději do 8. týdne těhotenství. Mezi další změny tohoto zákona patřily: nenahraditelný souhlas ženy k UPT a konstatování, že UPT není léčebně preventivní péčí (Dudová, 2012, s. 73-75, Černý, 2003, s. 28, Sbírka zákonů republiky Československé, 1957, § 2, § 3)

Dále pak vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 104/1961 Sb. stanovila velmi podrobný seznam zdravotních důvodů k provedení UPT. Uvedla jiné důvody hodné zvláštního zřetele. Mezi jinými např. pokročilý věk ženy, ztráta manžela či nejméně tři žijící děti. Další úpravy zákona č. 68/1957 Sb. přinesla vyhláška 71/1973 Sb., která uvádí výčet důvodů hodných zvláštního zřetele (např. věk ženy nad 40 let, otěhotnění v důsledku znásilnění nebo jiného trestného činu).

Nejzásadnější změnou v rámci diskusí o interrupčních komisích je zákon č. 66/1986 Sb. (Černý, 2003, s. 27-29). Jeho největším přínosem je právě zrušení interrupčních komisí. Zákon vymezuje práva žen a otevírá cestu k vlastnímu rozhodnutí o těhotenství. Uvedená změna přinesla ženám jednoznačnou úlevu. Na druhé straně komise kontrolovaly a omezovaly počet prováděných UPT a jejich zrušení krátkodobě zvýšilo úhrnnou míru umělé potratovosti. Je nutno si zde uvědomit, že tento poslední zákon umožňuje těhotné ženě uměle přerušit těhotenství pouze na její vlastní žádost. Žena předkládá žádost svému ženskému lékaři, který ji současně poučí o možných zdravotních důsledcích zákroku. Těhotenství nesmí přesahovat délku 12 týdnů. Tato právní úprava dále stanovuje povinnost souhlasu zákonných zástupců pro ženy mladší 16 let, pro ženy ve věku 16 až 18 let souhlas odpadá, pouze jsou zástupci vyrozuměni. Zákon č. 66/1986 Sb. poprvé prezentuje liberální postoj odborné veřejnosti k UPT.

Nesmíme ovšem zapomenout na jednu závažnou okolnost, která se pojí s legislativou UPT. Jedná se o zpoplatnění zákroku. V roce 1993 se změnily sazby za provedení UPT, což se projevilo ve statistice, a to snížením celkového počtu interrupcí. Naopak se zvýšil počet interrupcí ze zdravotních důvodů (v tomto případě žena nehradí žádný poplatek), kdy si ženy začaly shánět nutné zdravotní potvrzení k bezplatnému provedení interrupce (Dudová, 2012, s.84, 86-87, Sbírka zákonů České a slovenské federativní republiky, 1992, § 2). Finanční spoluúčast ženy na interrupci se odvíjí často od velikosti nemocnice. Vypočítává se částka od 1 600 do 2 300 Kč u miniinterrupcí a částka vyšší jak 2 500 Kč u jiných legálních UPT.

## 2.4 Sběr dat pro zpracování statistik k umělému přerušení těhotenství

Pro získání informací při potratu je jako první důležitý vstupní tiskopis „Žádost o umělé přerušení těhotenství, hlášení potratu a mimoděložního těhotenství“ (Příloha 6). Formulář lze získat na gynekologickém oddělení. Také pro údaje o potratech je doplňující informací užívání antikoncepce, což eviduje lékař. Informace jsou ve výkazu Programu statistických zjišťování Ministerstva zdravotnictví – A (MZ) 1-01 „Roční výkaz“ o činnosti zdravotnického zařízení pro obor gynekologie (Zdravotnická statistika Potraty 2011, ÚZIS, s. 7).

Ústav zdravotních informací a statistiky (ÚZIS) je odpovědný za sběr, hlášení a zpracování informací v rámci Národního zdravotnického informačního systému (NZIS). Závazné pokyny pro NZIS vydává ÚZIS. Týkají se vyplňování, sběru a zpracování vstupních formulářů. Do „Hlášení“, která jsou povinná pro všechny druhy potratů (samovolné, miniinterrupce, jiná legální UPT, ostatní potraty a mimoděložní těhotenství<sup>3</sup>) provedených ve zdravotnických zařízeních České republiky, se započítávají české státní příslušnice (tzv. tuzemky) s trvalým bydlištěm na území ČR, také pak cizinky bez ohledu na formu a délku pobytu (Zdravotnická statistika Potraty 2011, ÚZIS, s. 7).

Českému statistickému úřadu (ČSÚ) pak ÚZIS ČR předává každý měsíc (pro potřeby demografické statistiky) soubory o potratech. Každý rok ČSÚ publikuje údaje o potratech českých státních příslušnic (tzv. tuzemek) a i cizinek s trvalým nebo dlouhodobým pobytem na území ČR v Demografické ročence České republiky. Od roku 1960 publikuje také svá data ÚZIS v edici „Zdravotnická statistika“ v publikaci „Potraty“, vždy za příslušný kalendářní rok. Od roku 1995 vychází publikace v dvojjazyčné verzi (česko-anglické). Údaje z Národního registru potratů, který vznikl v roce 2004 na základě zákona č. 20/1996 Sb., o péči a zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, jsou vstupem pro tuto publikaci. Zákon č. 20/1996 Sb. se zrušil zákonem č. 372/2011 Sb., který je platný od 1. 4. 2012. Na informační systém v publikaci Potraty z ÚZIS navazuje tento Národní registr. Údaje o potratech jsou tříděny podle místa trvalého bydliště ženy, rodinného stav, věku ženy, stáří plodu v týdnech, druhu potratu (samovolné, miniinterrupce, jiná legální UPT, ostatní potraty a mimoděložní těhotenství) a užívané antikoncepce (Zdravotnická statistika Potraty 2011, ÚZIS, s. 7).

Kvůli sjednocení dat a zkvalitnění ukazatelů, ve kterých se počty potratů přepočítávají na obyvatelstvo nebo na ženy fertilního věku, začal od roku 2005 publikovat ÚZIS data za české občanky i cizinky s trvalým nebo dlouhodobým pobytem, stejně tak jako ČSÚ. Do té doby ÚZIS publikoval data pouze za české občanky (Zdravotnická statistika Potraty 2011, ÚZIS, s. 7).

---

<sup>3</sup> Mezi lety 1958-1986 se mimoděložní těhotenství neevidovala v potratech. V letech 1987-1993 se mimoděložní těhotenství započítávala do celkových počtů potratů. Teprve v roce 1994 se už mimoděložní těhotenství nezapočítávají do celkových počtů potratů, ale evidují se samostatně (Zdravotnická statistika Potraty 2011, ÚZIS, s. 8).

## 2.5 Data a metodologie

Práce vychází z datového souboru, který obsahuje data z ÚZIS, ČSÚ a z vytříděných dat individuálních anonymizovaných údajů souborů Potraty a Narození z roku 2011 J. Rychtaříkovou, který budeme dále nazývat specifický soubor. Výjimečně jsou také sledována data z MPSV, která jsou pak brána v potaz při hodnocení socioekonomických podmínek regionů. Všechna data se týkají České republiky a jejích krajů.

Nejčastější ukazatele umělé potratovosti jsou míry umělé potratovosti (počet UPT připadající na 1 000 žen středního stavu ve fertilním věku), míry umělé potratovosti podle věku ženy (počet UPT v daném věku žen připadající na 1 000 žen středního stavu v tom věku), index umělé potratovosti (poměr počtu UPT na 100 narozených či živě narozených), index umělé potratovosti podle věku ženy (poměr počtu UPT v daném věku ženy na 100 narozených či živě narozených ženám v daném věku), úhrnná umělá potratovost (průměrný počet UPT připadající na jednu ženu během jejího reprodukčního období) a průměrný věk ženy při interrupci, tj. suma měr UPT podle věky ženy vynásobených středy věkových intervalů k úhrnu specifických měr UPT podle věku (Pavlík, Z., Rychtaříková, J., Šubrtová, A., 1986, str. 330 – 337).

Pro potřeby analýzy jsou použity následující ukazatele UPT: míra umělé potratovosti podle věku ženy, index umělé potratovosti, úhrnná umělá potratovost, průměrný věk ženy při interrupci, index umělé potratovosti podle počtu předtím živě narozených dětí, podle rodinného stavu žen, podle vzdělání žen a podle věku žen. Dále jsme stanovili podíly (poměr sledovaných událostí či složek a celkový počet jednotek v souboru) podle žen ve věku 45+ let a do 20 let (Kapitola 3), dále podíl UPT v krajích ČR z celkového počtu UPT, podíl UPT podle počtu předtím živě narozených dětí, podle rodinného stavu, vzdělání, věku a pořadí UPT v jednotlivých krajích (Kapitola 4) (Pavlík, 2005, s. 22).

$$po_x^u = \frac{A_x^u}{1.7. P_x^z} * 1000$$

$po_x^u$  - míra umělé potratovosti ve věku  $x$

$A_x^u$  - počet UPT ve věku  $x$

$1.7. P_x^z$  - střední stav žen ve věku  $x$

$$ipo^u = \frac{A^u}{N^v} * 100$$

$ipo^u$  - index umělé potratovosti

$A^u$  - počet UPT

$N^v$  - počet živě narozených

$$\dot{u}po^u = \sum_{x=15}^{x=49} po_x^u$$

$\dot{u}po^u$  - úhrnná umělá potratovost, tj. úhrn měr umělé potratovosti podle věku

$$\bar{x} = \frac{\sum (po_x^u \cdot x_c)}{\sum po_x^u}$$

$\bar{x}$  - průměrný věk ženy při interrupci

$x_c$  - středy věkových intervalů

$$ipo^{u(i)} = \frac{A^{u(i)}}{N^{v(i)}} * 100$$

$ipo^{u(i)}$  - index umělé potratovosti podle počtu předtím živě narozených dětí i

$A^{u(i)}$  - počet UPT podle počtu předtím živě narozených dětí i

$N^{v(i)}$  - počet živě narozených podle počtu předtím živě narozených dětí, tj. děti narozené v pořadí i+1

i=žádné, jedno, dvě, tři, čtyři, pět a více

$$ipo^{u(i)} = \frac{A^{u(i)}}{N^{v(i)}} * 100$$

$ipo^{u(i)}$  - index umělé potratovosti podle rodinného stavu žen i

$A^{u(i)}$  - počet UPT podle rodinného stavu žen i

$N^{v(i)}$  - počet živě narozených podle rodinného stavu žen i

i=svobodná+družka, vdaná, rozvedená, ovdovělá

$$ipo^{u(i)} = \frac{A^{u(i)}}{N^{v(i)}} * 100$$

$ipo^{u(i)}$  - index umělé potratovosti podle vzdělání žen i

$A^{u(i)}$  - počet UPT podle vzdělání žen i

$N^{v(i)}$  - počet živě narozených podle vzdělání žen i

i=základní, střední bez maturity, střední s maturitou, vysokoškolské

$$ipo^{u(i)} = \frac{A^{u(i)}}{N^{v(i)}} * 100$$

$ipo^{u(i)}$  - index umělé potratovosti podle věku žen  $i$

$A^{u(i)}$  - počet UPT podle věku žen  $i$

$N^{v(i)}$  - počet živě narozených podle věku žen  $i$

$i$  = pod 14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-45, 45-49, 50+

(Pavlík, Z., Rychtaříková, J., Šubrtová, A., 1986, str. 330 – 337)

Pro větší přehlednost byla současně při analýze na úrovni krajů použita shluková analýza (také clusterová analýza) ve statistickém programu SPSS. „Je to metoda, která zkoumá podobnosti vícerozměrných objektů, tj. objektů, u nichž je změřeno větší množství proměnných“ (Meloun, 2012, s. 315). Jejím úkolem je seskupení statistických jednotek do skupin, to znamená, že jednotky souboru nejsou vybírány individuálně. V těchto skupinách jsou statistické jednotky uspořádány tak, aby rozdíly mezi nimi byly minimální. Naopak rozdíly statistických jednotek s jednotkou z jiné skupiny by měly být maximální. Výhodou této metody pak může být snadnější interpretace výsledků a přehlednost (Meloun, 2012, s. 324).

Práce je založena na shlukové analýze na úrovni krajů. Kraje byly seskupovány na základě následujících proměnných:

1. Průměrný věk ženy při podstoupení UPT
2. Úhrnná umělá potratovost
3. Index umělé potratovosti svobodných žen
4. Index umělé potratovosti vdaných žen
5. Index umělé potratovosti žen se základním vzděláním
6. Index umělé potratovosti žen se středním vzděláním bez maturity
7. Index umělé potratovosti žen se středním vzděláním s maturitou
8. Index umělé potratovosti žen s vysokoškolským vzděláním
9. Index umělé potratovosti bezdětné ženy
10. Index umělé potratovosti ženy mající předtím jedno dítě
11. Index umělé potratovosti ženy mající předtím dvě děti
12. Index umělé potratovosti ženy mající předtím tři děti

Byly vybrány hierarchické shlukovací postupy. Pro využití shlukové analýzy je potřeba standardizovat hodnoty proměnné přepočítáním na z-skóry. Mají za úkol hierarchicky uspořádat objekty a jejich skupiny (Meloun, 2012, s. 324). Výstupem je dendrogram (obr. 24). Z hierarchických shlukových postupů byla použita metoda průměrné vzdálenosti (Average Linkage) a pro výpočet vzdálenosti čtvercová Euklidovská vzdálenost. „Kritériem vzniku skupin je průměrná vzdálenost všech objektů v jedné skupině ke všem objektům ve druhé skupině. Takové techniky nezávisí na extrémních hodnotách, jako je tomu

u nejbližšího souseda nebo u nejvzdálenějšího souseda, ale vznik skupin závisí na všech objektech skupin, a ne jenom na jediném páru dvou extrémních objektů“ (Meloun, 2012, s. 325).

Nakonec je třeba ještě zmínit použitou metodologii v dotazníkovém šetření. Dotazník byl zpracován a prezentován na gmailu. Při jeho vyhodnocení byla použita elektronická metoda pomocí aplikace Google docs. Internetový odkaz na dotazník jsme umístili na sociální síti. Odpovědi se automaticky zaznamenávaly do tabulek a grafů. Takto připravené materiály umožnily další analýzy. Tyto analýzy jsou uskupeny rovněž ve vlastním grafickém vyjádření, a to v několika fázích. Nejprve shrnujeme data šetření u všech respondentů. V kategorii 1 jsou porovnávána data mužů a žen a v kategorii 2 výsledky respondentů s partnerem a bez partnera.

## Kapitola 3

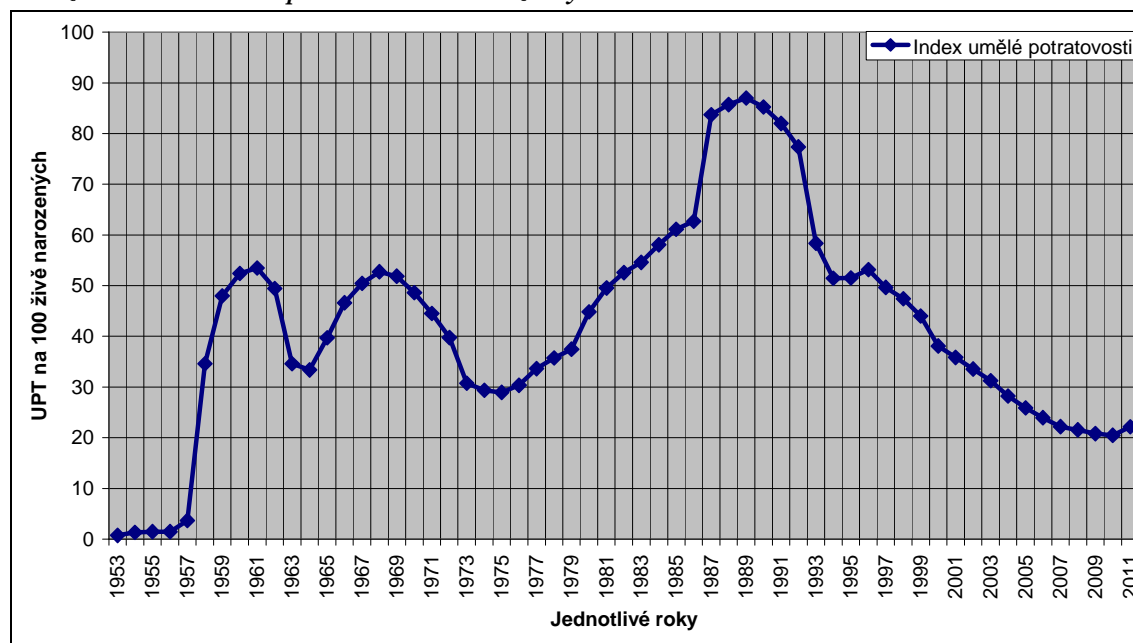
### 3 Analýza umělého přerušení těhotenství v krajích ČR v roce 2011

Trend UPT vykazuje v ČR od roku 1986 do současnosti stále klesající tendenci (obr. 2). K první širší legalizaci interrupcí došlo v roce 1957 a právě důsledkem byl nárůst UPT. Zákodárství však v tomto směru přineslo ještě zřízení interrupčních komisí. Nebyla ženám zajištěna rovnost přístupu k interrupcím. V bývalém Československu tak legislativa spíše naplňovala potřebu vládnoucí strany, která zdůrazňovala nutnost kontroly a regulace porodnosti. V 60. letech se legislativa mírně upravovala (Dudová, 2012, s. 136). Ale zásadní transformaci přinesl až zákon platný k 1. 1. 1987, který ruší interrupční komise. Právě v roce 1987 lze spatřit další největší vlnu nárůstu UPT. Důvodem současného klesajícího trendu je samozřejmě rozšíření antikoncepce, ale může se na něm podílet i změna klimatu umělého přerušení těhotenství, řada diskusí na straně etického fóra a protipotratových hnutí (např. skupina pro-life, dobrovolné organizace, sociální hnutí, bezplatné poradenské služby, charity aj.), stejně tak jako nezávislost žen a změna jejich prokreačního chování. Na riziko nechtěných těhotenství a jeho nežádoucí důsledky také upozorňují psychologické studie. To všechno může ovlivňovat chování žen a povahu jejich rozhodnutí. Avšak na všechny otázky, které vyvstávají v souvislosti se současnou situací UPT, není snadné odpovědět.

Také rodinná politika státu není příliš nakloněna mateřství, což může být důvodem zvažování těhotenství (Pikálková, 2003, s. 102).<sup>4</sup> Avšak paradoxně k tomu je obecně známá skutečnost, že ženy ze sociálně nižších vrstev zpravidla nezvažují dopředu otázku vytvoření optimálních životních podmínek pro dítě jako ženy finančně zajištěné. A ještě paradoxně tyto ženy se snaží využít veškerých státních podpor. Je pravda, že diskuse k UPT se v poslední době na politické scéně utišily. Občas se problematika otevírá v předvolebních kampaních a poslední vstup politiků do UPT na půdě parlamentu se ukázal v roce 2003 v podání konzervativního návrhu zákona, a poté ještě ve zdravotnické reformě tehdejšího ministra zdravotnictví Tomáše Julínka v roce 2008.

---

<sup>4</sup> Také Rychtaříková v článku „Diferenční plodnost v ČR podle rodinného stavu a vzdělání v kohortní perspektivě“ upozorňuje na současný trend „přesunovat co nejvíce nákladů na dítě ze státu na rodinu“. Rodinná politika státu a její omezení příspěvků mohou následně snižovat porodnost (Rychtaříková, 2003, s. 46).

**Obrázek 2 - Index umělé potratovosti v ČR mezi lety 1953-2011**

**Zdroj:** ČSÚ, 2012b a vlastní výpočty

Vrátíme-li se ke konkrétní situaci UPT v roce 2011, tak v České republice se mírně zvýšil počet UPT o 57 případů oproti roku 2010. Bylo provedeno 24 055 UPT, což představovalo 61,9 % ze všech druhů potratů. Pro srovnání v roce 1985 se týkalo UPT 83 042 žen.

V následujících podkapitolách již budeme pomocí představených metod analyzovat konkrétní stav UPT v regionech. Na grafech je možno ukázat jednotlivé difference. Ke grafům jsou pak zařazena vyhodnocení. Specificky je regionální diferenciace UPT vyobrazena a představena pomocí kartogramů.

Pro potřeby analýzy jsme zvolili index umělé potratovosti, průměrný věk žen při UPT v jednotlivých krajích, se zvláštním zřetelem na kategorii žen nad 45 let a pod 20 let věku, míru umělé potratovosti podle věku žen, dále úhrnnou umělou potratovost.

Při analyzování umělé potratovosti byly zvoleny následující hypotézy. Cílem v této práci je buď hypotézy potvrdit nebo vyvrátit:

- Hypotéza 1: Nejvyšší počet UPT bude v Praze
- Hypotéza 2: Kraje na Moravě budou mít nejnižší hodnoty úhrnné umělé potratovosti, ale naopak nejvyšší průměrný věk ženy při podstoupení UPT
- Hypotéza 3: Kraje na severozápadě Čech budou mít nejvyšší hodnoty úhrnné umělé potratovosti, ale naopak nejnižší průměrný věk ženy při podstoupení UPT
- Hypotéza 4: Ženy do 20 let a ženy nad 45 let budou pravděpodobně hrát malou roli v počtech UPT

### 3.1 Index umělé potratovosti v krajích ČR v roce 2011

Do situace UPT v jednotlivých krajích se mohou jakkoliv promítat geografické, sociální, ekonomické, kulturní a jiné odlišnosti. Tyto odlišnosti a statistické ukazatele a vlastní výpočty, které jsou pro naši analýzu podstatné, se mohou vzájemně prolínat. Jedním ze základních ukazatelů UPT je index umělé potratovosti.



Porovnání indexu umělé potratovosti v jednotlivých krajích nám ukázalo následující: v Ústeckém kraji byl podle obr. 3 nejvyšší index, dosahuje hodnot 31 %. Jinak řečeno, v Ústeckém kraji by mohlo být o 31 % více živě narozených, kdyby k UPT nedošlo. Rovněž úhrnná umělá potratovost z obr. 6 v tomto kraji vykazovala nejvyšší hodnoty (0,47) a stejně důležitá je informace, že Ústecký kraj představoval čtvrtý nejvyšší počet UPT po Středočeském kraji, Praze a Moravskoslezském kraji, což činilo 11,1 % UPT z celé ČR (obr. 7).

Do daných ukazatelů se mohou promítat i socioekonomické faktory Ústeckého kraje. S tím souvisí i horší ekonomická situace v rodinách, dále nižší životní standard a vyšší míra nezaměstnanosti (12,9 %, Příloha 1). Podle Feřtové a Temelové v analýze „Prostorová specifika strukturální nezaměstnanosti na úrovni obcí“ je Ústecko regionem dlouhodobě postiženým strukturální nezaměstnaností. Zároveň se potýká s nejvyšší úrovní dlouhodobé nezaměstnanosti (Feřtová, 2011, s. 689). To pak znamená pro ženu nejistotu při zvažování finančního zabezpečení dětí. Další skutečnost, kterou můžeme zde zvažovat a kterou dokládají statistické údaje ze SLDB, konkrétně „Obyvatelstvo podle náboženské víry v ČR“, prezentuje zde právě nejmenší počet věřících obyvatel z celé ČR (5,3 %, Příloha 2). Víra hraje klíčovou roli při rozhodování ženy při UPT, neboť je zde jiná hodnotová orientace žen, jak jsme již výše vysvětlili.<sup>5</sup>

Zajímavé zjištění představuje nejmenší hodnota indexu umělé potratovosti v Pardubickém kraji (15,7 %), srovnáme-li s celorepublikovým průměrem (22,1 %), jedná se o hodnotu skutečně nízkou. V UPT podle jednotlivých krajů z celkového počtu celé ČR (obr. 7) se podílí Pardubický kraj jen 2,9 %. K uvedeným tvrzením můžeme přidat další pozoruhodnost, a sice v Pardubickém kraji je nejvyšší podíl věřících (Příloha 2), sledujeme-li pouze české kraje (13,7 %).

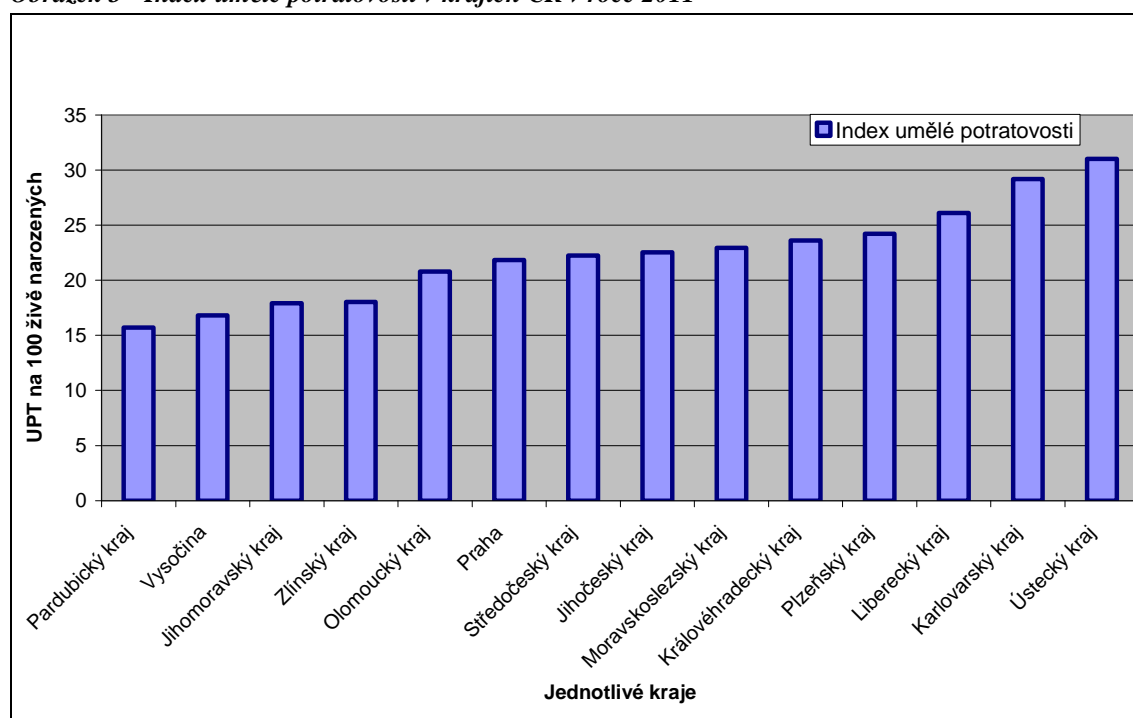
Jiný trend v indexu UPT než v Čechách můžeme sledovat na Moravě. Zhodnotíme-li nejprve ukazatele na Vysočině (16,8 %), vidíme téměř poloviční hodnotu oproti kraji Ústeckému, ale ještě stále vyšší hodnotu než v kraji Pardubickém. Připojíme-li dále kraj Jihomoravský (17,9 %) a Zlínský (18 %), tak z dat vyplývá, že UPT na Moravě vykazuje ve třech zmiňovaných krajích stále nejnižší hodnoty. Jako významný činitel zde vystupuje Olomoucký kraj s hodnotou 20,8 % indexu umělé potratovosti. Hned za ním následuje totiž Praha s 21,8 %. Výjimku na Moravě tvoří Moravskoslezský kraj (22,9 %). Ptáme-li se celkově, jaké faktory mluví ve prospěch nižších ukazatelů na Moravě, soudíme, že jde o souvislost s počty věřících v těchto moravských krajích (Příloha 2). Konkrétně pak nejvíce věřících se nachází ve Zlínském kraji (29,3 %), dále pak na Vysočině (22,8 %) a v Jihomoravském kraji (20,7 %), kde jsou indexy UPT právě velmi nízké. Je zřejmé, že můžeme v jistém smyslu zde zpětně odkazovat na silnější náboženské vědomí v moravské oblasti. Dále analýza podle MPSV „Míra nezaměstnanosti a počet uchazečů o zaměstnání v krajích ČR“ (Příloha 1) uvádí sice nejvyšší hodnoty pro Ústecký kraj (12,9 %), následuje

<sup>5</sup> Co se týče náboženství, musíme brát v úvahu, že v údajích SLDB téměř průměrně 45 % obyvatelstva neuvedlo svoji náboženskou víru. Proto nemůžeme toto hledisko přijmout za zcela závazné, ale orientační.

právě hned za ním kraj Olomoucký (11,4 %) a Moravskoslezský (11,2 %). V těchto dvou moravských krajích již výrazně index umělé potratovosti narůstá.

Vraťme se zpět k celorepublikovému indexu (22,1 %) a srovnáme s ním ještě zbylé kraje. Platí, že nad průměrem vystupuje kraj Středočeský (22,3 %), Jihočeský (22,5 %), Moravskoslezský (22,9 %), Královéhradecký (23,6 %), Plzeňský (24,2 %). Výrazně vysoká hodnota indexu se objevuje u kraje Libereckého (26,1 %) a Karlovarského (29,2 %). Vyšší hodnotu opět doprovází nepříznivé parametry zaměstnanosti v daných oblastech, např. na Karlovarsku je podle ČSÚ „Struktura průměrné hrubé měsíční mzdy v regionech“ nejnížší hrubá měsíční mzda ze všech krajů (21 723 Kč, Příloha 3). Podle našich zjištění přinášejí ekonomické ukazatele i některé náboženské statistiky možné odpovědi na otázku o počtu UPT. Do ekonomických ukazatelů bychom mohli zařadit např. platové možnosti rodiny, zajištění dostatečné péče o děti. V příštích analýzách budeme ještě sledovat další faktory ovlivňující výši UPT.

**Obrázek 3 - Index umělé potratovosti v krajích ČR v roce 2011**



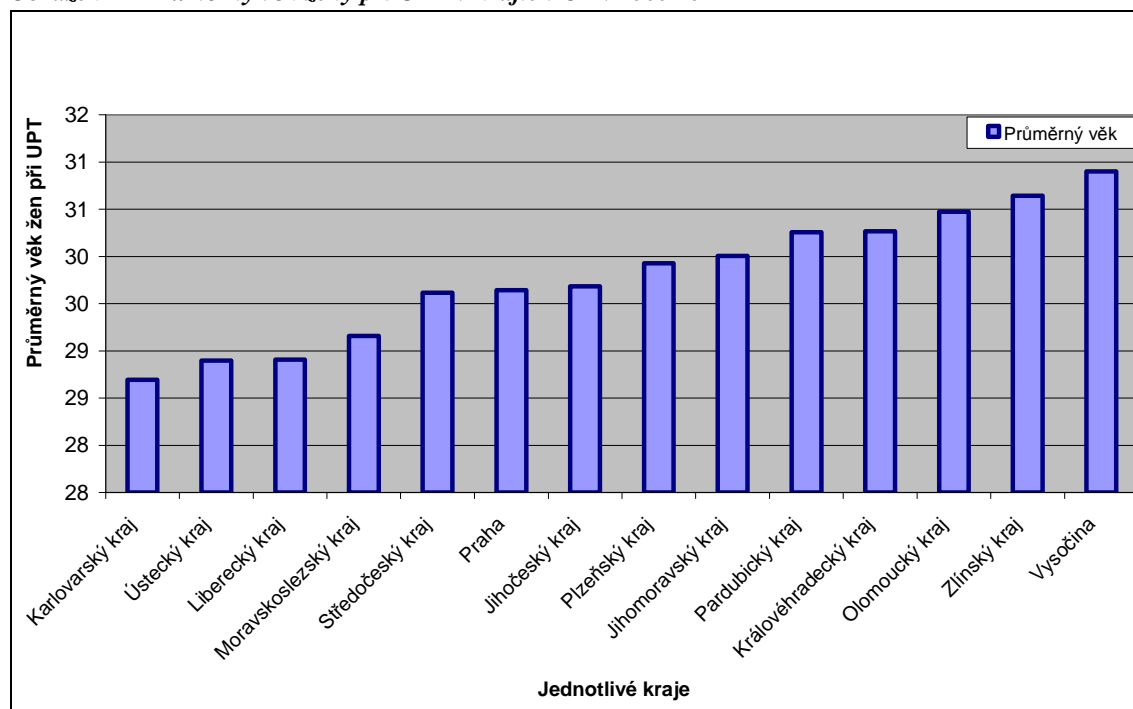
**Zdroj:** ÚZIS, 2012 a vlastní výpočty; seřazeno podle indexu

### 3.2 Průměrný věk ženy při interrupci v krajích v ČR v roce 2011

Vysoké hodnoty průměrného věku ženy při podstoupení UPT se projevily v Pardubickém (30,3), Královéhradeckém (30,3), Olomouckém (30,5) a Zlínském kraji (30,7). Nejnížší průměrný věk byl zastoupen v Karlovarském (28,7), Ústeckém (28,9) i Libereckém kraji (28,9). Kraje Liberecký (0,13 %) a Karlovarský (0,20 %) vykazovaly i nižší procenta u žen nad 45 let (obr. 19). Na tomto pozadí můžeme tedy sledovat další proměny ve věkové struktuře žen, které podstoupily UPT. V Ústeckém kraji (9,03 %) přibýlo nejvíce žen v mladších věkových skupinách (obr. 20).

Kolem republikového průměru (29,7), týkajícího se průměrného věku ženy při podstoupení UPT, se pohybuje Středočeský kraj (29,7), Jihočeský kraj (29,7) a Praha (29,6). Nad republikovým průměrem se nacházel už Plzeňský (29,9) a Jihomoravský kraj (30). Z dat jednoznačně vyplývá, že v kraji Vysočina byl nejvyšší průměrný věk žen při podstoupení UPT (30,9). Tyto hodnoty budou podrobeny analýze v následujících grafech.

**Obrázek 4 - Průměrný věk ženy při UPT v krajích ČR v roce 2011**



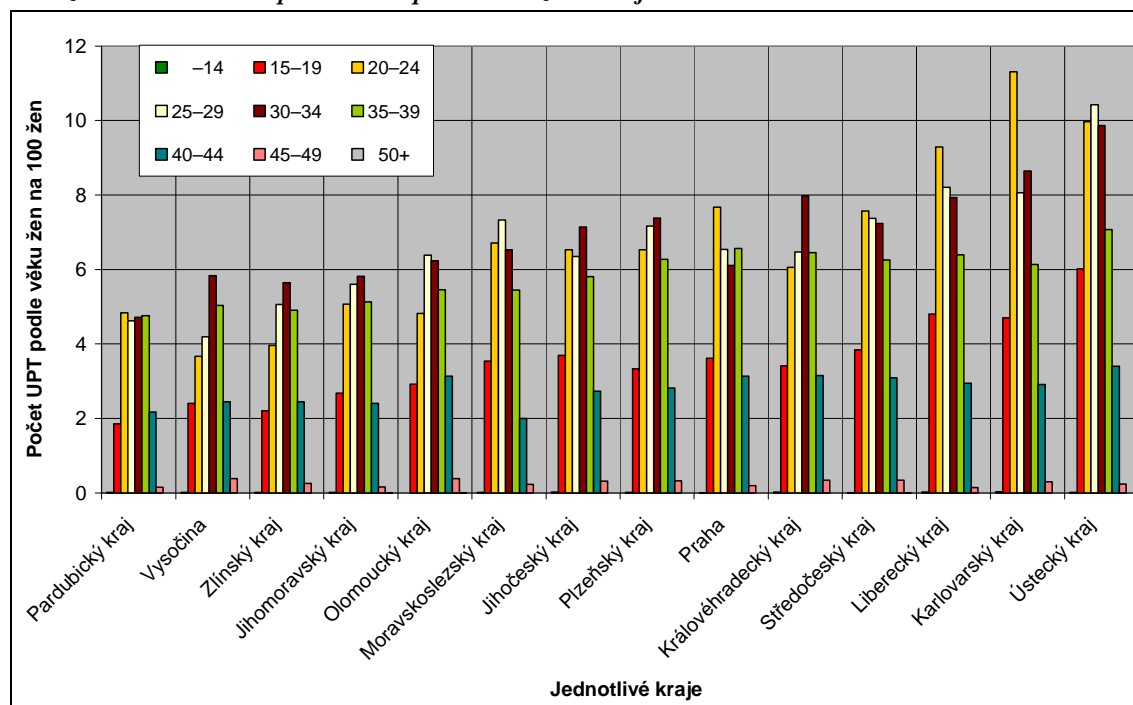
**Zdroj:** ÚZIS, 2012 a vlastní výpočty; seřazeno podle průměrného věku

### 3.3 Míra umělé potratovosti podle věku žen v krajích ČR v roce 2011

„Míra umělé potratovosti udává intenzitu umělých potratů v populaci během daného časového úseku“ (Pavlík, 2005, s. 96). Obr. 5 představuje míry umělé potratovosti podle věku žen a s odkazem na něj můžeme uvést, že v roce 2011 byla v Karlovarském kraji nejvíce ze všech krajů zastoupena tato míra na 100 žen ve věkové kategorii 20-24 let (11,3). Nejmenší zastoupení v této věkové kategorii pak má Vysočina (3,7), což je téměř třetinová hodnota oproti nejvyššímu ukazateli. Další výrazná odlišnost v předkládané analýze je ve věkové kategorii 15-19 let (6,02) v kraji Ústeckém, zde je nejvyšší míra umělé potratovosti z celé ČR. Oproti tomu moravské kraje mají malé zastoupení ve věku 15-19 let. Ale v kraji Ústeckém je rovněž vysoká míra umělé potratovosti na 100 žen ve věkové kategorii 25-29 let (10,4). Relativně významná je podle obr. 5 zjištěná míra ve věkové kategorii 30-34 let, která je ve všech krajích poměrně hodně zastoupena, konkrétně nejvíce v kraji Ústeckém, Karlovarském a Královéhradeckém. Pozadu však nezůstává ani kategorie žen 35-39 let, ale nejvyšší míru najdeme opět v Ústeckém kraji. Důležité je také upozornit na věkovou kategorii 40-44 let, která se také podílí na míře umělé potratovosti. Jak vidíme na obr. 5,

vystupuje nejvyšší míra této věkové kategorie v kraji Ústeckém (3,4 UPT na 100 žen), ale ve srovnání s ostatními kraji se zde nejedná o tak velkou diferenci.

**Obrázek 5 - Míra umělé potratovosti podle věku žen v krajích ČR v roce 2011**



**Zdroj:** ÚZIS, 2012 a vlastní výpočty; počítáno z jednoletých měř; seřazeno podle úhrnné umělé potratovosti

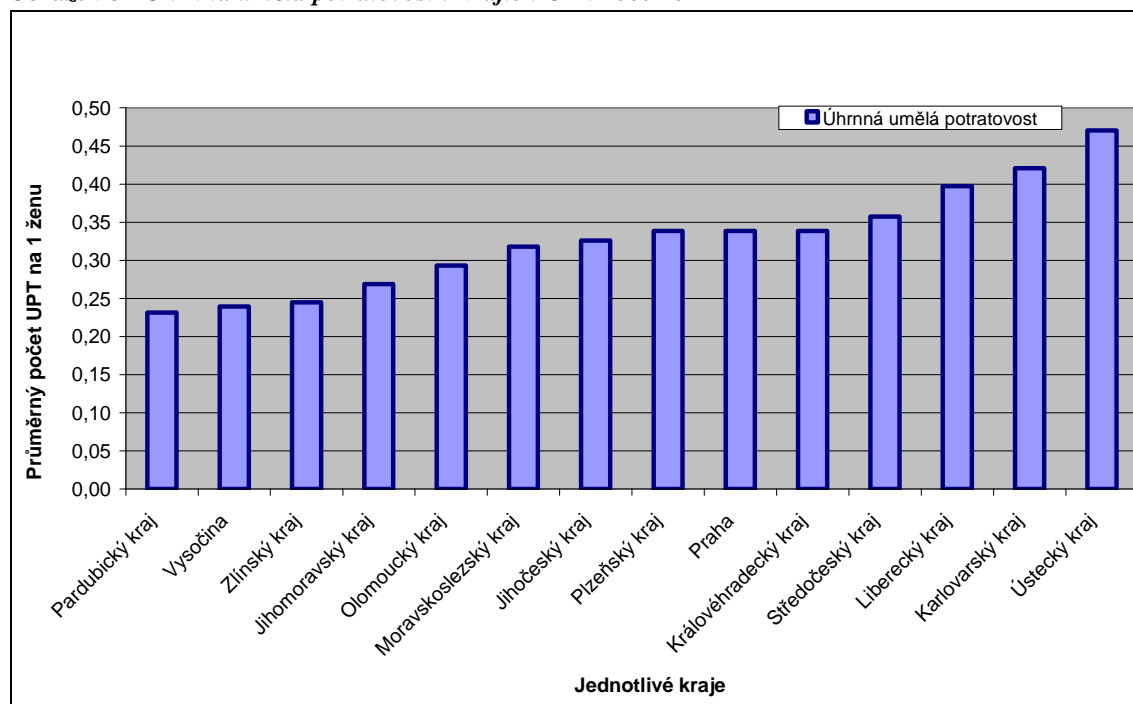
### 3.4 Úhrnná umělá potratovost v krajích ČR v roce 2011

Vypovídající hodnotu pro UPT má úhrnná umělá potratovost, která nám vykazuje průměrný počet UPT připadající na 1 ženu. Hodnoty v ČR nejsou příliš vysoké. Co se týká krajů, tak nejvyšší úhrnnou umělou potratovost vidíme v Ústeckém kraji (0,47). Při porovnání s republikovým průměrem úhrnné umělé potratovosti (0,33) není hodnota Ústeckého kraje zvlášť výrazná a vysoká, ale obr. 6 velmi přesvědčivě dokládá, že v Pardubickém kraji je úhrnná umělá potratovost téměř poloviční (0,23). Jedná se o nejmenší hodnotu z celé ČR. Následuje s téměř vyrovnanými výsledky kraj Vysočina (0,24) a kraj Zlínský (0,25).

Podíváme-li se tedy ještě pozorně na obr. 15 vzdělanostní struktury žen, nevykazují kraje Karlovarský (30,8 %), Liberecký (27,1 %) a Ústecký (26,4 %) takovou diferenci u žen se základním vzděláním. Je zřejmé, že všechny tři zkoumané kraje mají přibližně stejnou vzdělanostní strukturu, také zároveň jsou všechny tři kraje na vrcholu úhrnné umělé potratovosti. Sledujeme-li ještě Prahu, tak vidíme, že vykazuje největší procento žen ze všech krajů se středním vzděláním s maturitou (40,3 %) a současně nejvíce vysokoškoláček (17 %). Jde o posun ve smyslu prokreačního chování žen. Takový obrat nebude zřejmě náhodou, nýbrž bude vykazovat v souhrnu určité zákonitosti. Praha je na druhém místě, co do nejvyššího počtu UPT v ČR a celkově největší zastoupení UPT představují ženy s maturitou.

Na rozložení daného skóre úhrnné umělé potratovosti se může podílet řada dalších faktorů. Vedle vzdělání také rodinný stav žen. Ten mimo jiné může určovat počet chtěných dětí. Rozvedené ženy nebo neprovdané většinou nechtějí z mnoha důvodů další děti. Jako další položku lze vybrat již uvedené ekonomické faktory, které dlouhodobě působí na nepříznivý stav potratovosti v západních a severozápadních Čechách.

**Obrázek 6 - Úhrnná umělá potratovost v krajích ČR v roce 2011**



**Zdroj:** ÚZIS, 2012 a vlastní výpočty; seřazeno podle úhrnné umělé potratovosti

### 3.5 Kartogramy územní diferenciace ukazatelů umělého přerušení těhotenství v krajích ČR v roce 2011

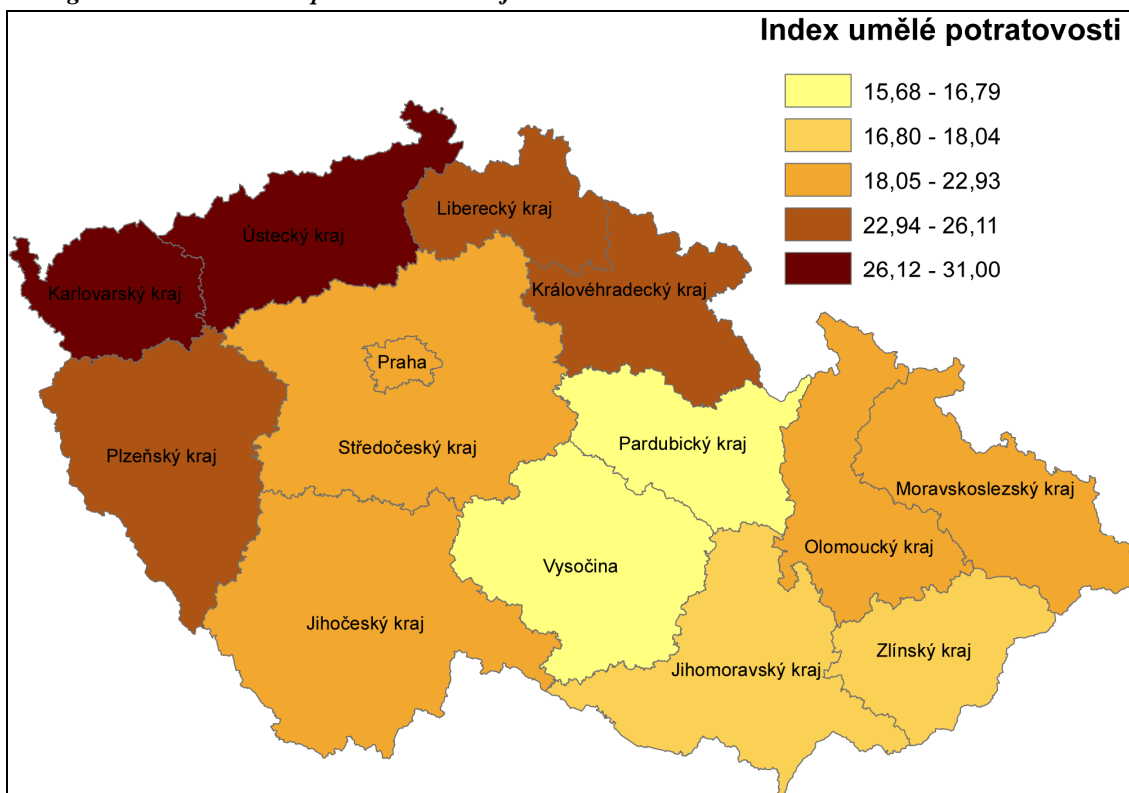
Pro větší přehlednost uvádíme ještě hodnoty indexu umělé potratovosti v ČR v Kartogramu 1. Nepřichází s žádnými novými hodnotami, ale výrazné barevné odlišení nám ukazuje rozdíly v jednotlivých krajích. Nejtmavší odstíny se objevují v oblasti západních a severozápadních Čech (Karlovarský a Ústecký kraj s nejvyššími hodnotami). Kontrastují kraj Pardubický a Vysočina, kde je odlišný, nízký index umělé potratovosti (15,7 - 16,8), za nimi následují kraje Jihomoravský a Zlínský. Pro srovnání je ještě třeba uvést situaci v ostatních krajích: mezi střední hodnoty (18,1 - 22,9) tohoto indexu se zařadil Středočeský, Jihočeský, Olomoucký, Moravskoslezský kraj a Praha. Vyšší hodnoty tohoto indexu (22,9 - 26,1), stále ještě vyšší míra hodnot UPT, v naší mapě druhý nejtmavší odstín barevnosti, představuje Plzeňský, Liberecký a Královéhradecký kraj.

Dále Kartogram 2 představuje průměrný věk žen při podstoupení UPT. Jsou zde zahrnuty všechny kraje ČR. Jak již bylo naznačeno v předchozích kapitolách a grafech, na Vysočině a ve Zlínském kraji mají rozhodující vliv na UPT ženy s nejvyšším průměrným věkem (30,3 - 30,9). Oproti předchozí mapě zaujímají paradoxně nejtmavší plochy právě tyto kraje a proměňují tak barevné rozložení. Kraj Ústecký a Karlovarský, který s sebou v našem

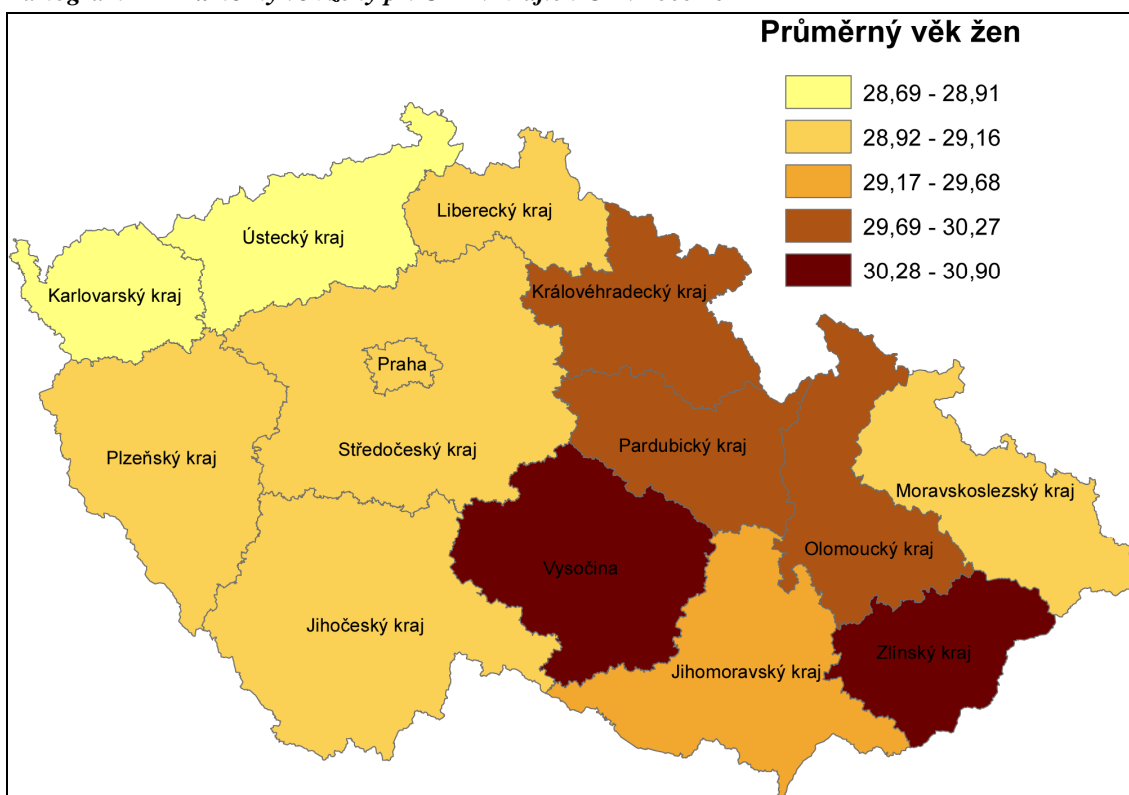
sledování vždy nese nejvyšší hodnoty UPT, náhle patří k nejsvětlejším plochám na mapě. Příklady těchto čtyřech krajů se na mapách barevně vystřídaly a odhalily skutečnosti již výše uvedené. Větší potenciál žen s vyšším průměrným věkem byl v krajích Královéhradeckém, Pardubickém a Olomouckém. Další kraj zaujímá středovou pozici: Jihomoravský. Není překvapivé na základě výše uvedených argumentů, že nižší průměrný věk žen při podstoupení UPT je zde spojen se zbylými kraji: Praha, Středočeský, Jihočeský, Plzeňský, Liberecký a Moravskoslezský.

Kartogram 2, jak vidíme, nám v tomto ohledu poskytl přehled průměrného věku žen, který jsme již sledovali v předchozích kapitolách a otevřel prostor pro shrnutí této kategorie věku. Opakovaně shledáváme moravské kraje, s výjimkou Moravskoslezského, jako kraje s nejvyšším průměrným věkem žen. A opakovaně bychom mohli uvádět důvody tohoto jevu. Je-li např. v kraji Ústeckém a Karlovarském nejnižší průměrný věk žen, může to souviset se socioekonomickými faktory. Ženy v těchto krajích mají odlišné kulturní prostředí, jiný veřejný názor na UPT, což souvisí s jejich rozhodováním o interrupci. Také religiozita zřejmě posiluje u mladších dívek vědomí odpovědnosti. Horší sociální zázemí zase odkazuje k méně zodpovědnému sexuálnímu chování mladších žen.

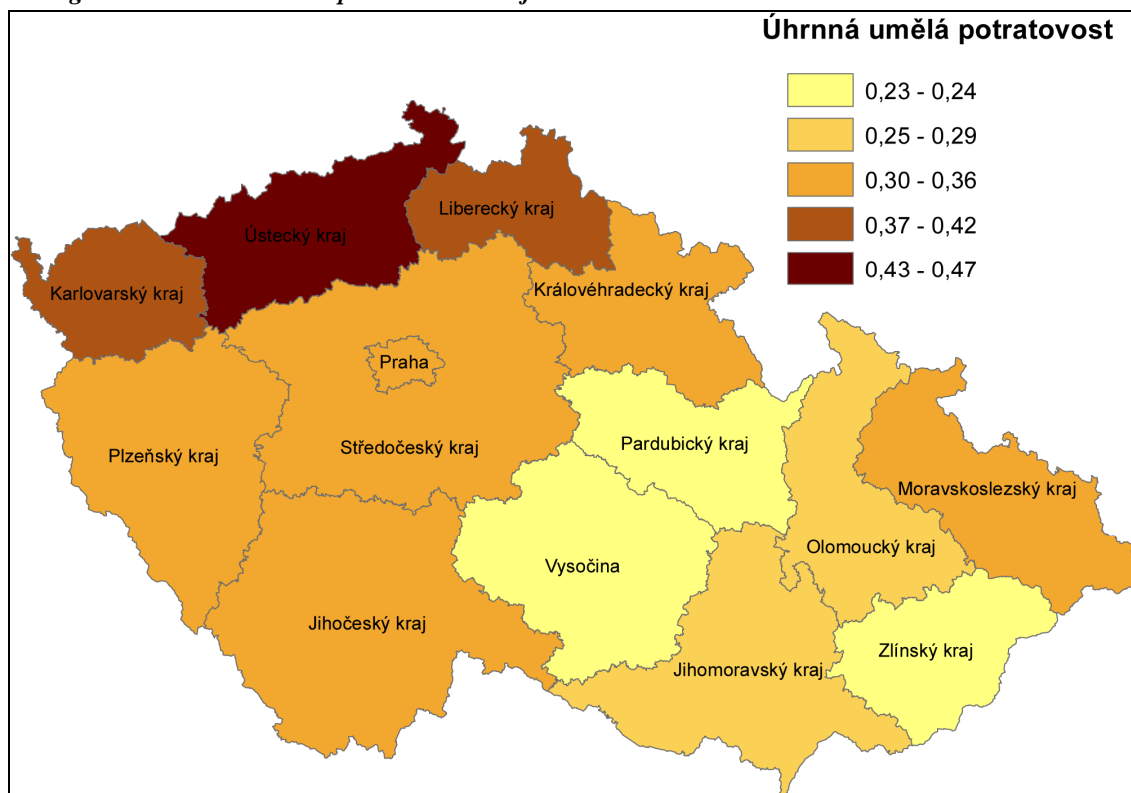
Kartogram 3 úhrnné umělé potratovosti se nám oproti předchozím trochu pozměnil. Upozorníme zde jen na nejvyšší úhrnnou umělou potratovost (v krajích Karlovarském, Ústeckém a Libereckém). V těsném závěsu za nimi dosahuje vysokých hodnot úhrnné umělé potratovosti Praha, Středočeský, Plzeňský, Moravskoslezský, Jihočeský a Královéhradecký kraj. Výsledky krajů Vysočina, Pardubického a Zlínského jsou opět srovnatelné. Opakují se nízké hodnoty, které jsou zaznamenány v mapě první. Je třeba ještě zmínit další označené kraje, i když k výrazným proměnám oproti indexu také nedochází. V rozpětí úhrnné umělé potratovosti mezi 0,25 - 0,29 se nachází Jihomoravský a Olomoucký kraj.

**Kartogram 1 - Index umělé potratovosti v krajích ČR v roce 2011**

**Zdroj:** ÚZIS, 2012 a vlastní výpočty; UPT na 100 živě narozených

**Kartogram 2 - Průměrný věk ženy při UPT v krajích ČR v roce 2011**

**Zdroj:** ÚZIS, 2012 a vlastní výpočty

**Kartogram 3 - Úhrnná umělá potratovost v krajích ČR v roce 2011**

**Zdroj:** ÚZIS, 2012 a vlastní výpočty



## Kapitola 4

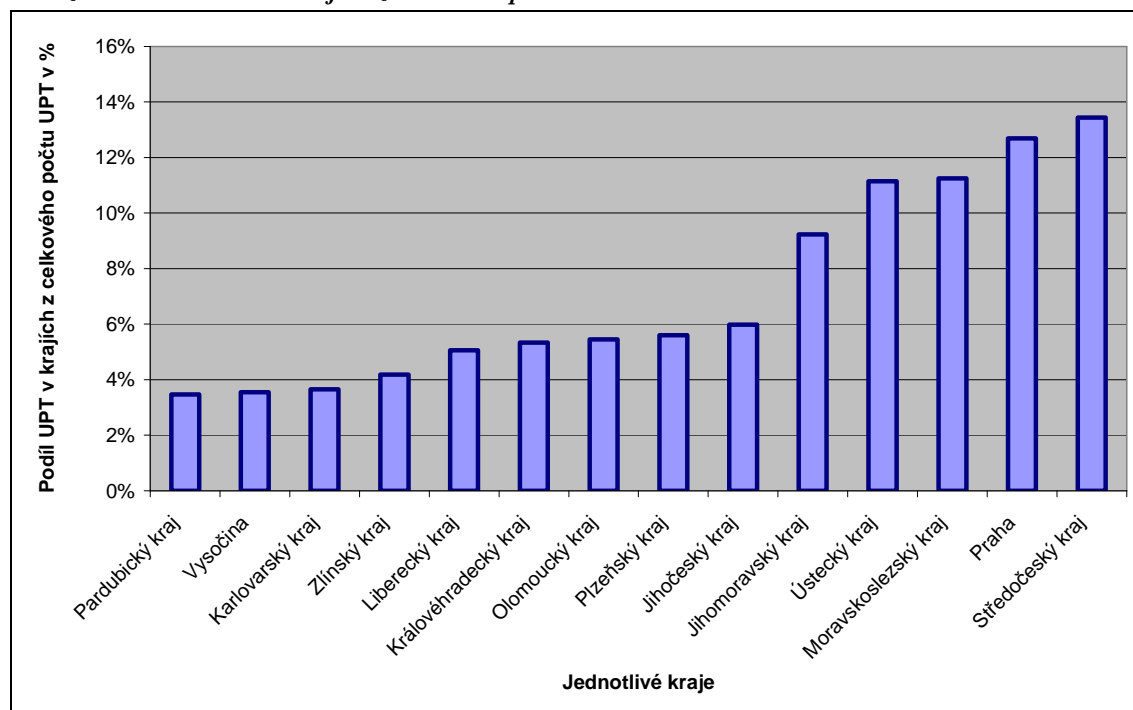
### 4 Regionální diferenciace struktur umělého přerušení těhotenství v krajích ČR v roce 2011

Dalším předpokladem pro posouzení UPT v ČR je rozbor struktur a indexů. Jednotlivé podkapitoly se věnují podílu UPT v krajích z celkového počtu UPT v ČR, seznamují s přehledem UPT podle počtu předtím živě narozených dětí, podle rodinného stavu ženy, vzdělání a věku. Rozdílnost jednotlivých regionů je dobře patrná v uvedené shlukové analýze, která zachycuje vše podstatné.

#### 4.1 Podíl umělých přerušení těhotenství v krajích z celkového počtu UPT v ČR v roce 2011

Nyní budeme sledovat situaci v jednotlivých krajích. S odkazem na použitý obr. 7 vidíme, že nejvíce UPT v roce 2011 zaznamenal kraj Středočeský (3 233 UPT), a to 13,4 % z celkového počtu UPT v ČR. Těsně v závěsu za ním je Praha (12,7 %), Moravskoslezský (11,3 %), Ústecký (11,1 %) a Jihomoravský kraj (9,2 %). Naopak nejméně UPT najdeme v Pardubickém kraji (3,5 %), na Vysočině (3,5 %), v Karlovarském kraji (3,7 %) a ve Zlínském kraji (4,2 %). V Libereckém, v Královéhradeckém, v Olomouckém, v Plzeňském a v Jihočeském kraji se procenta UPT pohybují zhruba kolem 5 %.

Na této první rovině jsou seřazeny údaje, které nám srovnaly kraje ČR od nejvyšší po nejvyšší hodnoty, přičemž Pardubický kraj se podílí na celkovém počtu UPT čtvrtinovou hodnotou oproti prvnímu Středočeskému kraji. Ale podmínky a důvody této skutečnosti nelze vysvětlit jen pomocí čísel, ani nejde o abstraktní formu statistického modelu. Proto se budeme snažit v dalším rozboru ukázat nejdůležitější problémy jednotlivých regionů.

**Obrázek 7 - Podíl UPT v krajích z celkového počtu UPT v ČR v roce 2011**

**Zdroj:** ÚZIS, 2012 a vlastní výpočty

## 4.2 Umělé přerušování těhotenství podle počtu předtím živě narozených dětí v krajích ČR v roce 2011

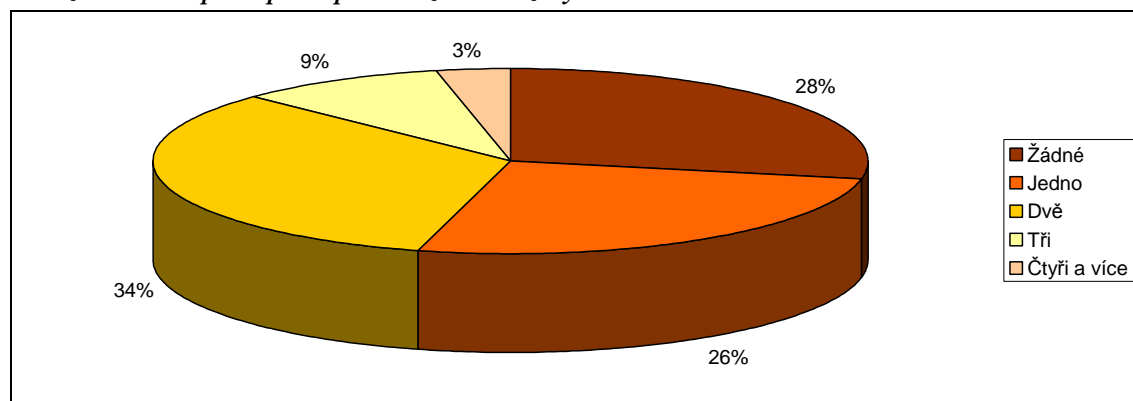
Prvním sledovaným diskursivním rámcem je počet živě narozených dětí před UPT. Na předním místě této struktury v roce 2011 jsou ženy, které mají dvě děti (34 %). Takový stav připravuje určitě i půdu, z níž můžou vzejít otázky a výzkumy, proč ženy odkládají narození třetího dítěte. Stejnou otázku si např. položila i Simona Pikálková při rozboru tématu „Třetí dítě v rodině: plány a realita žen s různým stupněm vzdělání“ (Pikálková, 2003, s. 84-104). Její analýzy ukázaly, že např. vysokoškolačky oproti ženám se středním vzděláním sice plánují třetí dítě, ale odkládají rodinu do pozdějšího věku z důvodů studia a profesní kariéry. Zvyšující se věk potom oslabuje jejich původní plány, spíše se zdůrazňuje zajištění životního standardu stávajícím dětem. Do okruhu žen, u kterých je pravděpodobnost narození třetího dítěte poměrně vysoká se pak řadí ženy věřící. Také ženy se základním vzděláním se poměrně častěji kloní ke třetímu mateřství. K příčinám, proč žena odmítá třetí dítě, může patřit interval mezi narozením prvního a druhého dítěte a socioekonomické podmínky (Pikálková, 2003, s. 84-104).

Teprve na druhém místě jsou bezdětné ženy, které podstoupili UPT z 28 %. Opět můžeme zvažovat různé strategie žen bezdětných, které volí tuto variantu při neplánovaném těhotenství. Pro podrobnější diferenční a kontextuální analýzu a další srovnání nejsou k dispozici data. Rozhodnutí těchto žen se bude zřejmě odvíjet od jejich hodnotových systémů (s největší pravděpodobností věřící bezdětná žena zvažuje interrupci méně než nevěřící), důležitou kategorií zastupuje věk těchto žen (např. vysokoškolačky odkládají

mateřství). Bezdětné ženy také možná počítají s menší zdravotní rizikovostí miniinterrupcí, což je nová skutečnost, která jim ulehčuje rozhodování. Dříve bezdětné ženy chápaly interrupci jako předstupeň sterility a interfility (myslíme 60. a 70. léta u nás). Technologie provedení UPT jsou dnes na tak vysoké úrovni, že takřka vylučují (i když ne zcela, neboť každý takový zákrok je rizikový) zdravotní komplikace (Dudová, 2012, s. 78-79, Černý, 2003, s. 12).

UPT z 26 % se týká u žen s jedním dítětem. Můžeme tady předpokládat, že s proměňujícím se modelem prokreačního chování žen přibývá preference právě jednoho dítěte v rodině. Další proměnnou může zastupovat model ženy, která volí delší časový interval mezi dětmi. Nejméně UPT podstoupily ženy se třemi dětmi (9 %) a se čtyřmi a více dětmi (3%). Ale zde je třeba uvést, že dnes počet žen se třemi a čtyřmi dětmi je v populaci ČR nízký. Je tedy ještě na místě otázka zdravotních a eugenických příčin, kterou můžeme přiřadit k jednotlivým kategoriím žen a která může přispívat k rozhodnutí o UPT. Nedokážeme vyjmenovat všechny důvody, které jsou v každém jednotlivém případě obsaženy (sociální důvody, rozchod partnerů, úmrtí partnera, tlak okolí na ženu, předchozí komplikace při porodu, riziková dospělí-alkoholici, toxikomani aj.), ale můžeme stanovit na základě statistik některé přesnější klasifikace, které také v této práci používáme (eugenické, zdravotní, sociální důvody). Nutno si totiž uvědomit, že rozhodnutí žen pro UPT se odehrává v celé spleti nejrůznějších rizikových činitelů vnějších i vnitřních. Zajímavé z hlediska výzkumu by bylo sledovat podrobně jeden region.

**Obrázek 8 - UPT podle počtu předtím živě narozených dětí v ČR v roce 2011**



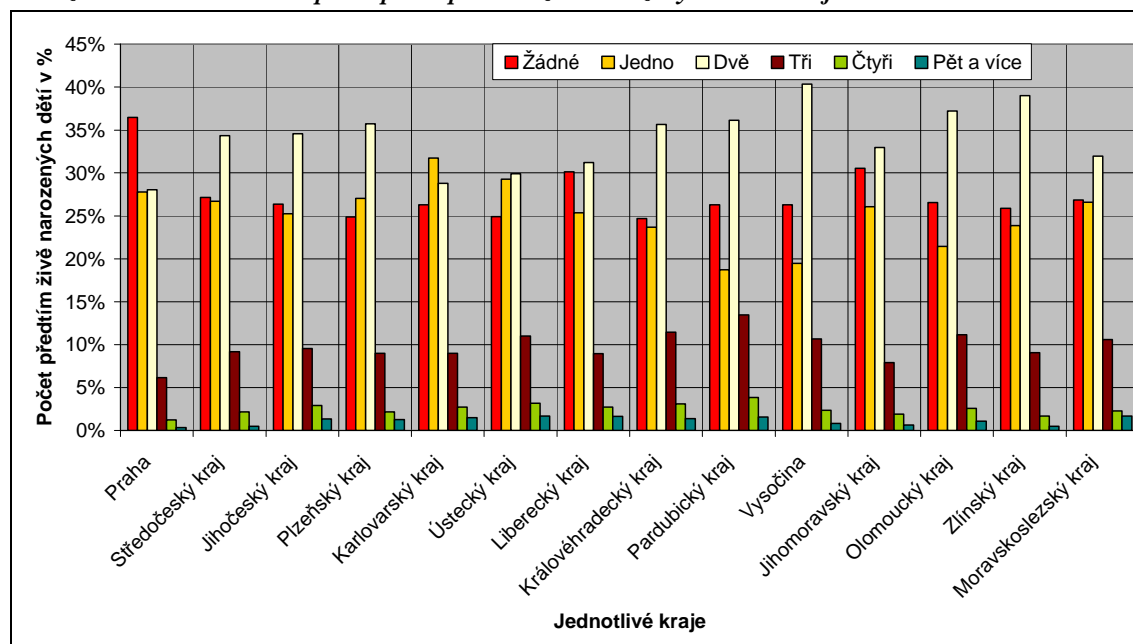
**Zdroj:** ČSÚ, 2012a a vlastní výpočty

Paralelně se sledováním situace v celé ČR probíhá naše analýza i v jednotlivých krajích. Začneme vyhodnocením bezdětných žen, které podstoupily UPT. obr. 9 vykazuje výrazné odlišnosti, přesto vidíme, že největší zastoupení bezdětných žen, které podstoupily interrupci, bylo v roce 2011 v Praze (36,5 %). Vzhledem k tomu, že neexistuje nějaký přesný soubor, ze kterého lze vyčíst důvody bezdětných žen volit UPT, můžeme pouze použít obecná tvrzení - pro Prahu zde hraje roli životní standard, více pracovních příležitostí a celkové společenské klima. Ženy také argumentují pro bezdětnost nejistotou osobní a rodinnou, nezřídka se objevují nejistoty budoucnosti národa či státu (Matějček, 2005, s. 233).

Vysoké hodnoty v UPT se objevily na Vysočině u žen se dvěma dětmi (40,38 %). Další zajímavé ukazatele v této souvislosti přináší výzkum J. Rychtařkové „Diferenční plodnost

v ČR podle rodinného stavu a vzdělání v kohortní perspektivě“, kde potvrzuje výraznou koncentraci na dvě děti (Rychtaříková, 2003, s. 41-83).

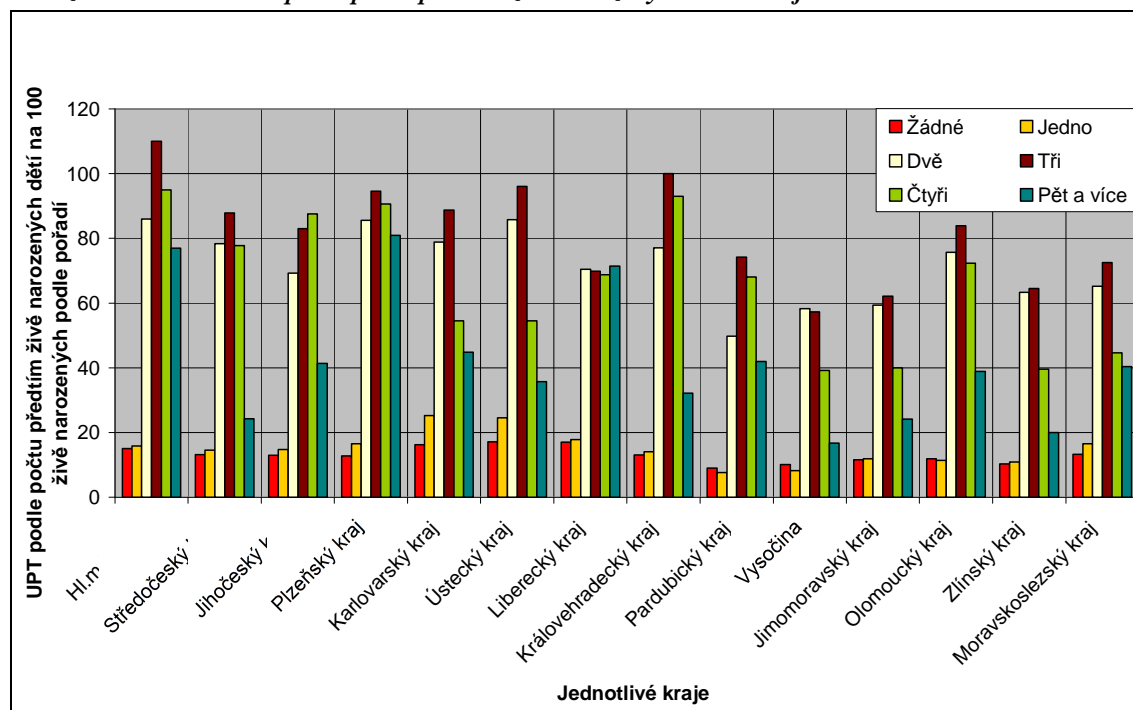
**Obrázek 9 - Struktura UPT podle počtu předtím živě narozených dětí v krajích ČR v roce 2011**



**Zdroj:** ÚZIS, 2012 a vlastní výpočty

Relativní struktura UPT podle počtu předtím živě narozených dětí v jednotlivých krajích je do určité míry ovlivněna strukturou žen podle počtu dětí v daném kraji. Přesnějším ukazatelem je pak index umělé potratovosti, který dává do poměru UPT podle i předtím živě narozených dětí a počet živě narozených v i+1 pořadí. Tento ukazatel vlastně vyjadřuje volbu ženy, zda podstoupit interrupci nebo porodit další dítě.

V tomto pohledu volily UPT nejčastěji ženy, které měly 3 děti, podobná volba se ukazuje u případů se čtyřmi nebo dvěma dětmi. obr. 10 umožňuje uchopit přesnější výsledky: např. téměř ve všech krajích kromě Jihočeského, Libereckého a Vysočiny jde o rozhodnutí k UPT u žen se třemi dětmi. Obvykle také zvažují interrupci ženy se čtyřmi dětmi, což symbolicky znázorňuje zmiňovaný obrázek. Ale ve většině krajů jsou ženy se čtyřmi dětmi převyšovány ženami se dvěma dětmi. Takové chování žen sledujeme na Moravě - v kraji Vysočina, Jihomoravském, Olomouckém, Zlínském i Moravskoslezském, dále v kraji Karlovarském, Ústeckém a Libereckém můžeme konstatovat, že preference UPT je častější u žen se dvěma dětmi. Většinou ženy volí model rodiny s jedním nebo dvěma dětmi. Dnes model rodiny s třemi dětmi není běžnou skutečností. Jak jsme již opakovaně vysvětlovali, nelze zkoumat tuto situaci izolovaně bez zřetele na věk žen, vzdělání, jejich rodinný stav, bez znalostí daného regionu. Připomeňme si, že motivace žen k UPT je velmi odlišná a statistiky takovéto věci nesledují.

**Obrázek 10 - Index UPT podle počtu předtím živě narozených dětí v krajích ČR v roce 2011**

**Poznámka:** UPT žen s i dětmi na 100 živě narozených i+1 pořadí

**Zdroj:** ÚZIS, ČSÚ: specifický soubor a vlastní výpočty

#### 4.3 Umělé přerušování těhotenství podle rodinného stavu ženy v krajích ČR v roce 2011

Doposud jsme se seznámili s počtem UPT v jednotlivých krajích a s počtem živě narozených před UPT v krajích i v celé ČR. Problematika UPT je dále interpretována z hlediska rodinného stavu ženy. Zde se zdá nejsložitější otevřít problém sezdaného a nesezdaného partnerství a dětí v těchto partnerstvích. Proto UPT u nesezdaného partnerství spadá většinou do kategorie žen svobodných. V roce 2011 UPT podstoupilo nejvíce svobodných žen, a to ze 49 %. Vysvětlení pro vysoký počet UPT u svobodných žen je dnes patrně spojeno právě s otázkou nesezdaného partnerství, větší riziko nechráněných náhodných styků, ale také se dá předpokládat věk těchto žen do 30 let. Obecně je sdíleno povědomí (také statisticky podložené) o odkládání dítěte do pozdějšího věku (dnes uváděn průměrný věk při narození prvního dítěte 29 let).

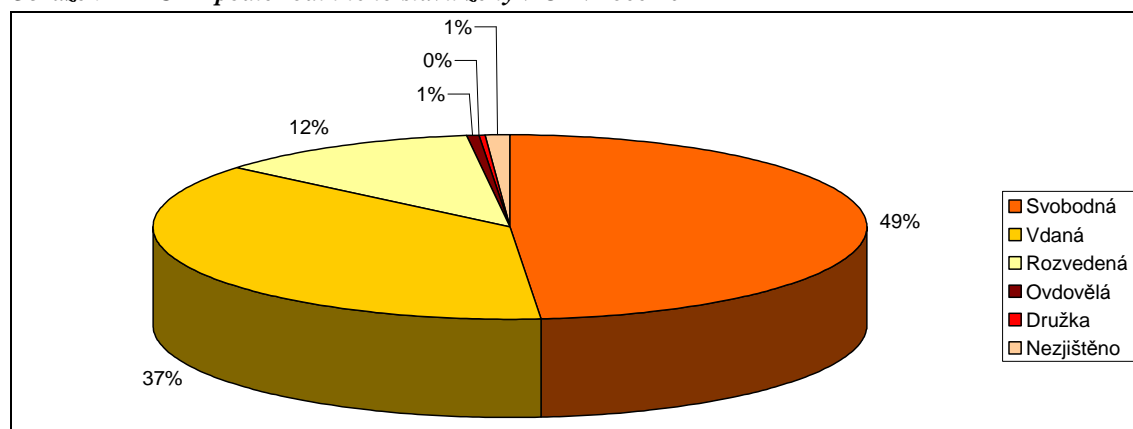
Vdané ženy podstoupily UPT z 37 %. Opět zde můžeme také odkázat na model dvou dětí, který jsme představili v předchozí analýze. K tomu se dá vztáhnout další klíčový závěr pro naši práci. Nejčastěji tedy UPT podstupují ženy se dvěma dětmi, tady se dá předpokládat jak rodinný stav vdané ženy, tak rovněž svobodné ženy bezdětné. U UPT žen se dvěma dětmi nemůžeme potvrdit, že byly všechny vdané. Můžeme dát přednost pouze některým demografickým argumentům, které třeba potvrzují model dvou dětí (Rychtaříková, 2003, s. 54). Opět nelze přesně zobecnit tyto naše závěry z důvodů nedostatečného množství dat.

Pouze 12 % žen bylo při podstoupení UPT rozvedených. Racionálně nám vyvstávají argumenty pro špatné socioekonomické podmínky těchto žen. Považujeme však soubor těchto

žen za poměrně nízký v rámci celkového počtu žen. Jak zlepšit podmínky pro ženy rozvedené a jejich mateřství by bylo otázkou spíše sociologickou, nicméně při zvažování všech ostatních okolností k UPT se tyto ženy nacházejí ve zvláště obtížné situaci.

Na regulaci počtu UPT již apeloval Zdeněk Matějček, který léta pracoval s dětmi v dětských domovech a upozorňoval na dopady nechtěných těhotenství. Na druhé straně aktivně podporoval svými argumenty snahu přesvědčit některé ženy, aby nežádoucí těhotenství donosily a dítě umožnily adaptovat, neboť je velké množství žen čekatelek na adopci (Matějček, 2005, s. 246). Tímto tvrzením jsme paradoxně trochu odbočili od naší analýzy, ale vstoupili jsme tak do debaty o vytváření zdravého pronatalitního klimatu.

**Obrázek 11 - UPT podle rodinného stavu ženy v ČR v roce 2011**



**Zdroj:** ČSÚ, 2012a a vlastní výpočty

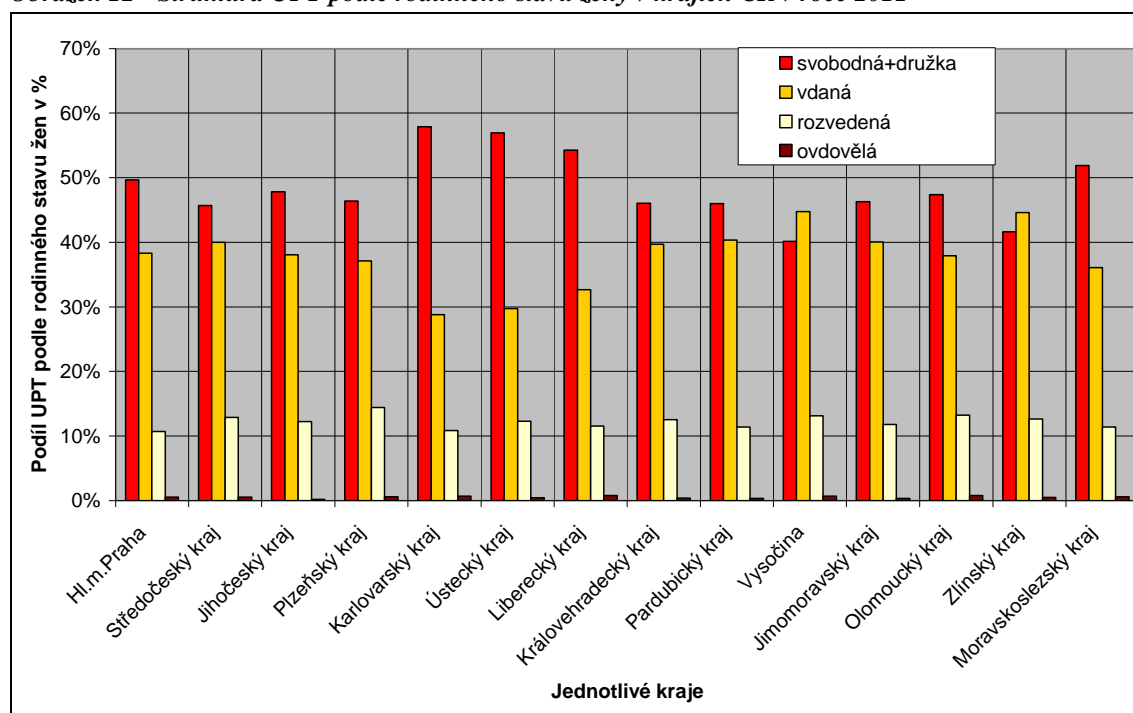
Ukazatele za kraje neproměnily výrazně výše uvedená data.<sup>6</sup> obr. 12 nám ověřuje, že v krajích je větší tendence k podstoupení UPT u svobodných žen a k tomu přičtených družek. Mírně ve zmiňované kategorii žen převažují kraje Karlovarský, Ústecký a Liberecký. Tyto kraje se vyhraňují ve většině našich ukazatelů, kdy nezřídka prokazuje vyšší hodnoty. V závěru budou jistě podrobeny větší analýze. Opět také některé moravské kraje Vysočina a Zlínský se liší v posuzování rodinného stavu žen při UPT-výhradní místo v procentech mají ženy vdané. Zdá se, že Morava přichází také často s odlišnými či zvláštními závěry v ukazatelích. Je patrné, že difference u rozvedených žen není tak zřetelná jako u svobodných a vdaných, mají spíše podobné hodnoty ve všech krajích.

Konečně poslední obr. 13 indexu UPT v souvislosti s rodinným stavem žen přichází se zajímavými, i když logickými zjištěními. Jednoznačně vidíme, že v kategorii ovdovělé se objevují vysoké hodnoty. V tomto směru by ovdovělé ženy tedy daly přednost UPT před narozením dítěte. Nejde jistě o náhodu, neboť narození dítěte je spojeno s finanční, výchovnou a jinou náročností, což vše musí ovdovělá řešit uvážlivěji než žena vdaná. Těhotenství vyznívá určitě pro ovdovělé nejméně příznivě. Nicméně rozvedené ženy někdy dokonce ovdovělé převyšují, opět v některých moravských krajích (Jihomoravský a Zlínský),

<sup>6</sup> Při vyhodnocení je však třeba vzít v potaz, že zpracovávaná data nebyla úplná v tom smyslu, že údaje o rodinném stavu nebyly ve statistikách stoprocentně uvedeny. Celkové rozmezí neuvedeného rodinného stavu se pohybovalo od 0,07 do 1,92 %.

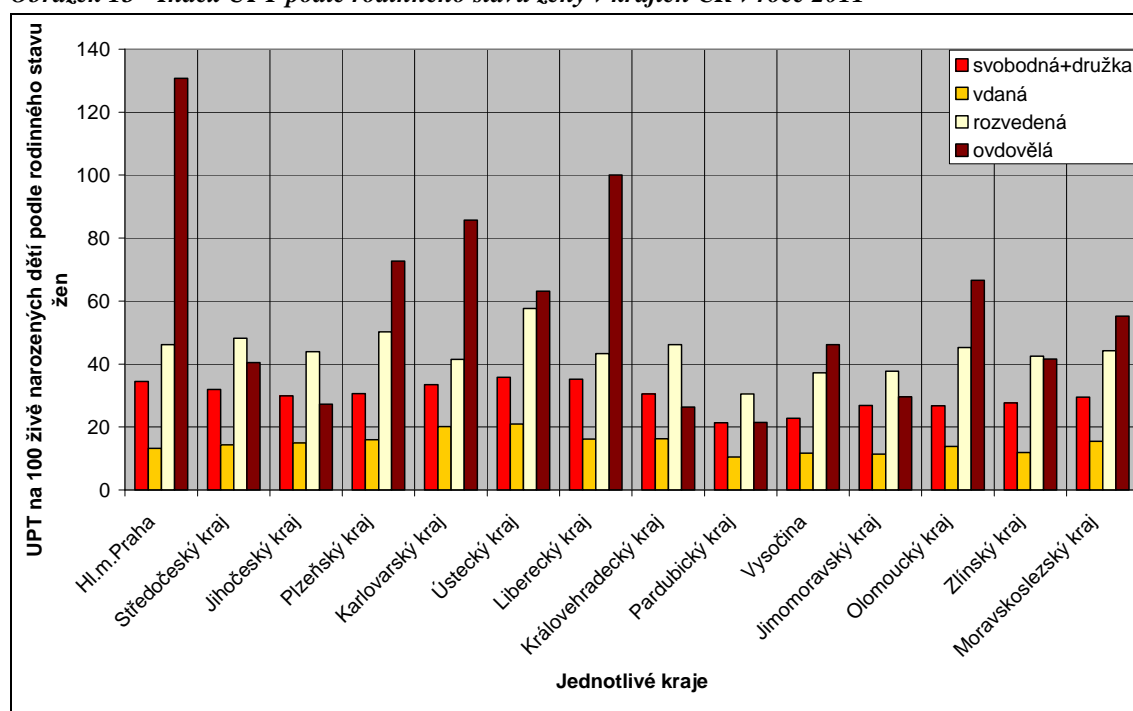
ale i Středočeském, Jihočeském, Královéhradeckém a Pardubickém kraji. Tento obrázek zdá se velmi užitečný, neboť nám prozrazuje data, která dokreslují celé pozadí volby UPT u žen.

**Obrázek 12 - Struktura UPT podle rodinného stavu ženy v krajích ČR v roce 2011**



**Zdroj:** ÚZIS, ČSÚ: specifický soubor a vlastní výpočty

**Obrázek 13 - Index UPT podle rodinného stavu ženy v krajích ČR v roce 2011**



**Zdroj:** ÚZIS, ČSÚ: specifický soubor a vlastní výpočty

#### 4.4 Umělé přerušování těhotenství podle vzdělání žen v krajích ČR v roce 2011

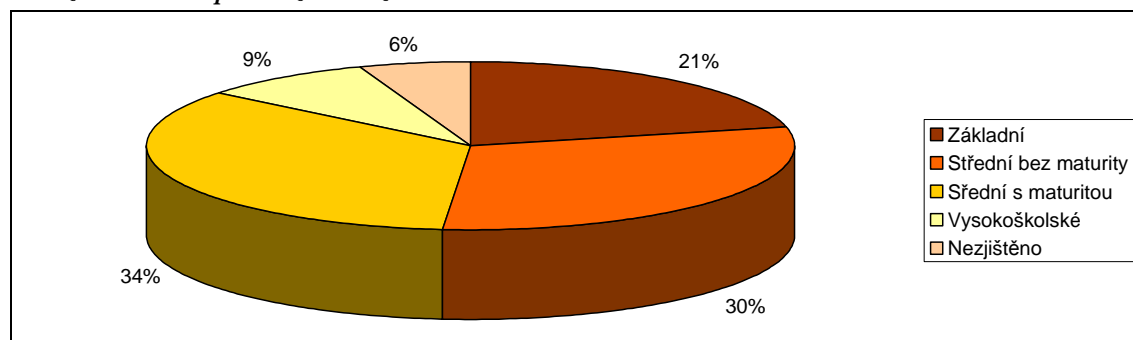
Pro oblast vzdělání žen platí, že UPT převládá u žen se středním vzděláním s maturitou z 34 %. Na druhém místě se umístily ženy se středním vzděláním bez maturity (30 %). Ženy se základním vzděláním podstoupily UPT z 21 %. Uvedená struktura je do značné míry ovlivněna zastoupením žen daného vzdělání v populaci žen v reprodukčním věku. Mohou také působit i další faktory, které dále uvádíme.

Malé procento zaujímaly ženy s vysokoškolským vzděláním (9 %). Toto konstatování ukazuje na složitost celé problematiky UPT. Máme totiž za to, že ženy vysokoškolsky vzdělané mají více ambice z hlediska své profese a role matky je poměrně časově náročná. Ženy vzdělanější si více zakládají na hodnotě péče, kterou dítěti poskytují. Více zvažují dobu, kdy si dítě pořídí a podmínky, které pro dítě vytvoří. Dále odkládají mateřství na pozdější dobu. Může jít o případy vysoké pracovní angažovanosti (workoholismus), kdy žena je natolik vytížená, že by nemohla zajistit řádnou péči o dítě (Matějček, 2005, s. 348). Ale nemůžeme zřejmě uvést všechny vnější okolnosti, ale je vidět, že s vysokoškolským vzděláním u žen ubývá četnosti UPT.

U žen se středním vzděláním s maturitou může být rozhodující ekonomická situace a také postavení na trhu práce. Např. ženy s ekonomickým středním vzděláním s maturitou jsou v současné době ohroženy v pracovních pozicích, proto možná nechtějí v případě neplánovaného těhotenství přijít o zaměstnání. Ale nemáme pro další analýzy spolehlivější údaje, abychom mohli tento jev patřičně okomentovat. Zajímavostí jsou genderové studie, které odkazují na postavení mužů a žen na trhu práce a na zastoupení žen v různých povoláních (Čermáková, 1997, s. 391).

Data naznačují, že ženy se základním vzděláním a středním bez maturity (51 %), mají poměrně vysoké aspirace k UPT. Nižší ekonomická i společenská úroveň může být totiž spojena s různými nepříznivými vlivy jako např. alkoholismus, promiskuita a celkově sexuálně nezodpovědné chování, špatné bydlení a negativní morální orientace. Případy nechtěného těhotenství tak mohou situaci zhoršovat a četnost UPT se zvyšuje.

**Obrázek 14 - UPT podle vzdělání žen v ČR v roce 2011**



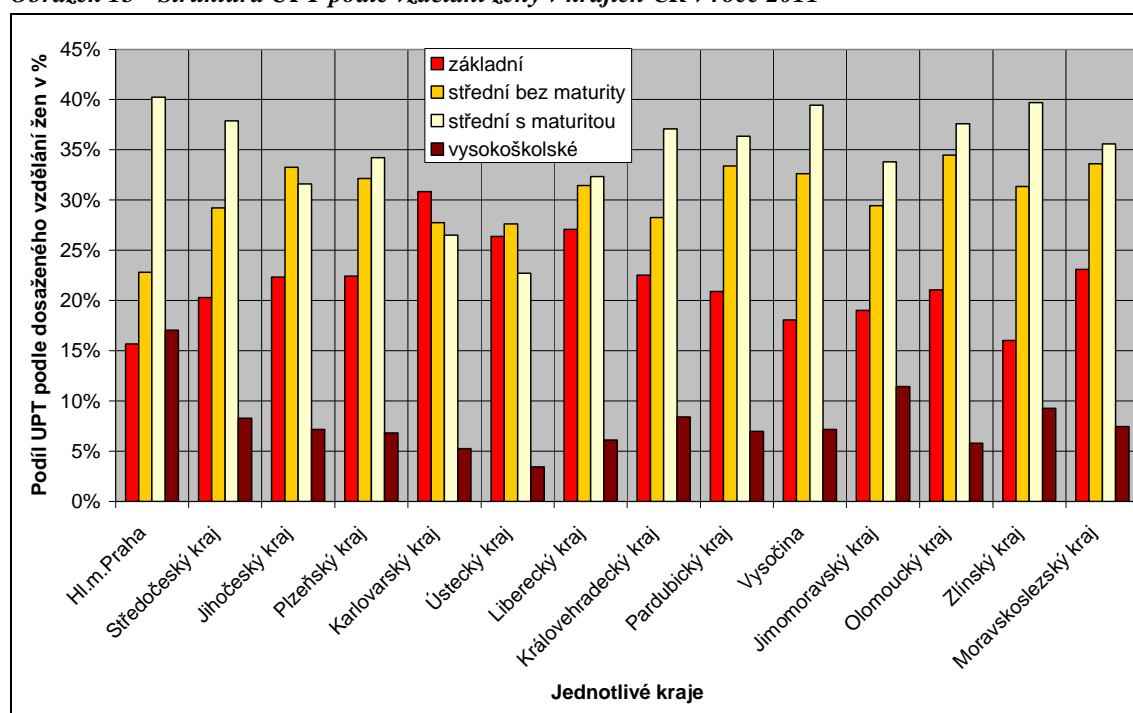
**Zdroj:** ČSÚ, 2012a a vlastní výpočty

Zatím jsme posuzovali stav UPT podle vzdělání ženy v ČR v roce 2011. Zjistili jsme, že do popředí vystupují ženy se středním vzděláním s maturitou (34 %). Avšak i tyto výsledky jsou do značné míry ovlivněny zastoupením žen jednotlivých vzdělanostních



kategorií v krajích.<sup>7</sup> Podle ukazatelů jednotlivých krajů se stávají tyto ženy také důležitým činitelem v podstoupení UPT. Vidíme na obr. 15 převahu vysokých hodnot u krajů Prahy, Středočeského, Plzeňského, Libereckého, Královéhradeckého, Pardubického, Vysočiny, Jihomoravského, Olomouckého, Zlínského i Moravskoslezského. Znovu a znovu je vystaven Ústecký a mírně i Karlovarský změně, ale dokonce i Jihočeský kraj. U Ústeckého i Jihočeského kraje je výsledek ovlivněn převahou žen se středním vzděláním bez maturity a u Karlovarského kraje se vzděláním základním. Jak jsem již naznačili v předchozích kapitolách, vypovídají také tyto výsledky o výlučnosti postavení kraje z hlediska UPT v ČR. Na příkladu Prahy je zcela evidentní, že vysokoškolačky mají tady největší zastoupení ze všech krajů.

**Obrázek 15 - Struktura UPT podle vzdělání ženy v krajích ČR v roce 2011**

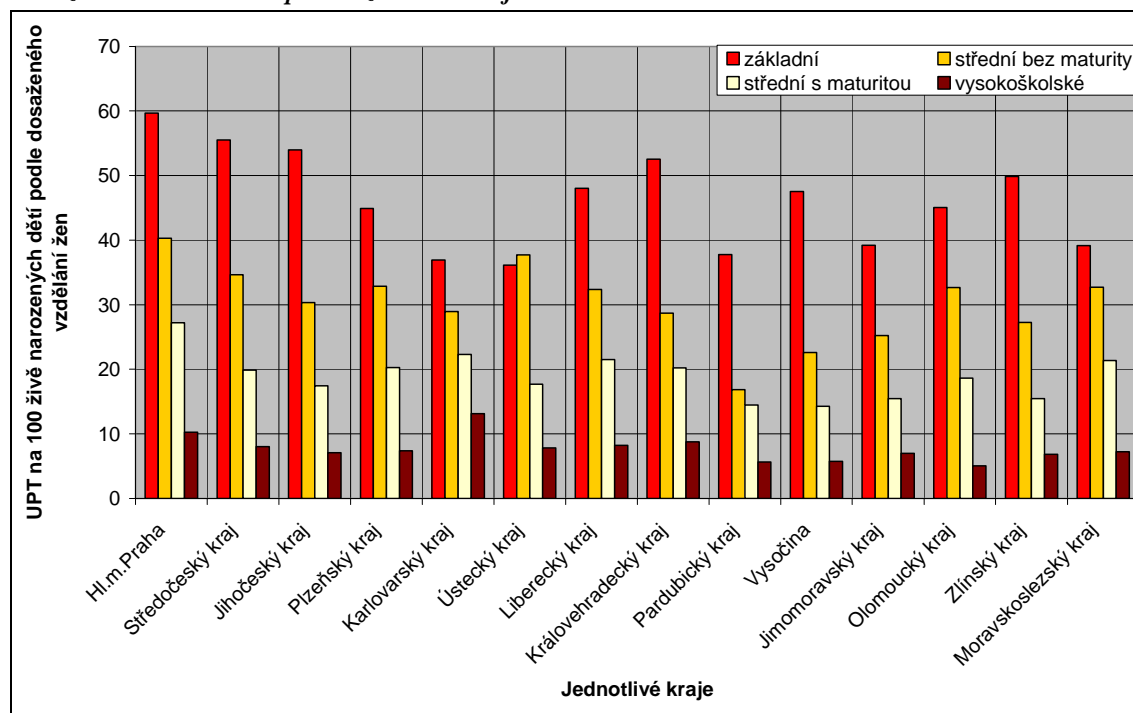


**Zdroj:** ÚZIS, ČSÚ: specifický soubor a vlastní výpočty

Tento poslední obr. 16 v kategorii vzdělání otevírá a odpovídá na otázku, jaké ženy by raději volily UPT a jaké narození dítěte. Výsledkem je prvotní postavení žen v rozhodnutí pro UPT se vzděláním základním, pouze v kraji Ústeckém je menší rozdíl mezi ženami se středním vzděláním bez maturity a základním (o 1,57 %). Na druhém místě figurují ženy se středním vzděláním bez maturity a teprve na třetím místě ženy se středním vzděláním s maturitou. Poslední místo si opět ponechávají vysokoškolačky, které volí narození dítěte před UPT. Tyto rozdíly s sebou přinášejí i úvahu nad otázkou hodnotové orientace jednotlivých skupin, ale jak jsme již uvedli, problém okolo vzdělání je mnohem komplexnější. Odkážeme-li ještě k vysokoškolačkám, tvoří svým způsobem zvláštní skupinu. Těhotenství a mateřství se jich silně dotýká, nevolí tak často UPT. Současně to znamená pozitivní posun ve srovnání se ženami se základním vzděláním.

<sup>7</sup> Pro analýzu vzdělávání nebyly stejně jako u rodinného stavu označeny všechny odpovědi žadatelek o UPT. Konkrétně se zde jednalo již o větší procenta (od 0,26 do 19,89 %).

Obrázek 16 - Index UPT podle vzdělání v krajích ČR v roce 2011



Zdroj: ÚZIS, ČSÚ: specifický soubor a vlastní výpočty

#### 4.5 Umělé přerušení těhotenství podle věku žen v krajích ČR v roce 2011

V otázce UPT je zvláštní pozornost věnována věkové struktuře žen. Rozhodující pro UPT bývá často pro lékaře hranice 35 let, kdy je už všem ženám doporučován v těhotenství prenatalní screening z důvodu vyššího rizika poškození plodu. Ačkoliv je screening doporučující, tak ženy, které z různých důvodů odmítají jeho potřebnost, mohou být posuzovány lékaři jako nezodpovědné. V případě podstoupení a případného pozitivního výsledku je ženám navrhováno právě UPT (Dudová, 2012, s. 131). Proto mohou spadat do kategorie žen nad 35 let právě případy žen s eugenickou indikací. Stejně tak lze diskutovat o tom, zda žena nad 35 již musí více zvažovat eugenické a zdravotní důvody. A to v souvislosti s tím, že v současnosti přibývá žen nad 35 let, které stále plánují těhotenství. Na druhé straně právě věková kategorie 35-39 let tvoří druhou nejčastější skupinu v UPT. Na první místo se však dostávají ženy ve věkové kategorii 30-34 let.

Na třetím místě byly ženy ve věku 25-29 let (20 %). Stejné procento zastoupení UPT pak měly ženy ve věkových skupinách 15-19 (8 %) a 40-44 let (8 %).

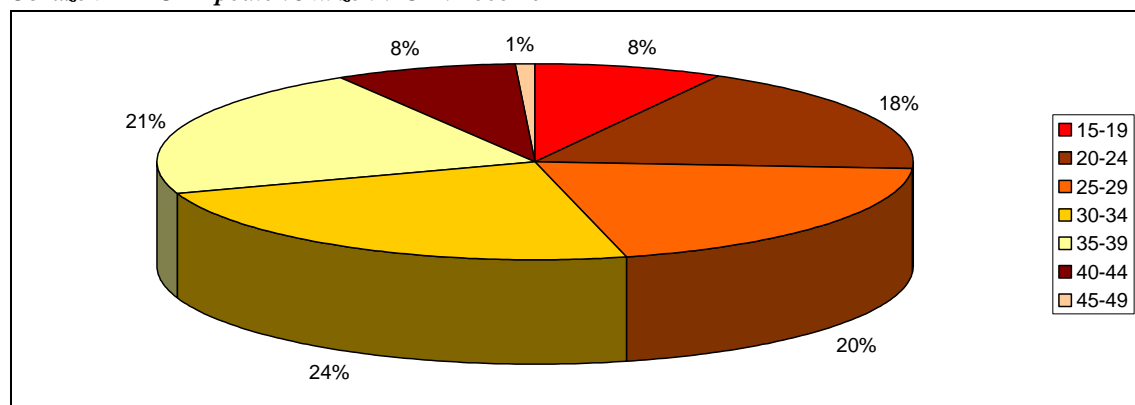
Nejmenší procento žen podstupujících UPT je ve věkové skupině 45-49 let (1 %). Tato kategorie je zcela nespecifická, můžeme spíše odkazovat na náhodná než chtěná těhotenství, neboť ženy v tomto věku spíše vstupují do nové životní etapy, děti mají již většinou dospělé. Ve statistikách jsou takové případy prakticky zanedbatelné a nevyžadují hlubší analýzu.

Naopak věková skupina 20-24 zaujímala 18 % UPT. Jedná se o věk, kdy je podle lékařů žena nejlépe biologicky připravena na mateřství, ale současně, kdy nejvíce žen studuje. Tady

vstupuje do diskuse otázka přednosti studia před nežádoucím otěhotněním. Otázka odkládání mateřství na pozdější dobu již byla opakovaně zmiňována.

Na závěr možno shrnout úvahy o věku při podstoupení UPT v tom smyslu, že těhotenství samo může představovat riziko v jakémkoli věku ženy. Také mladá žena, která nevykazuje žádné problémy v těhotenství, může jím být ohrožena (Pekárková, 2000, s. 8).

**Obrázek 17 - UPT podle věku žen v ČR v roce 2011**



**Zdroj:** ČSÚ, 2012a a vlastní výpočty

Připomeňme zde, co jsme vyslovili jako závěry v předchozí kapitole - největší zastoupení z 24 % je u žen ve věkové kategorii 30-34 let. Tuto shodu nám vlastně vykazují také všechny kraje, kromě Prahy, Karlovarského, Pardubického a Moravskoslezského. Na další pozice aspirují buď ženy ve věku 35-39 let nebo 25-29 let s mírně odchylnými konfiguracemi v jednotlivých krajích. Opět jsou výsledky odrazem shody s celorepublikovou situací, kde jsme na druhém místě měli ženy ve věku 35-39 let a o jen o 1 % méně žen ve věku 25-29 let. Pouze kraj Karlovarský staví na první místo ženy ve věku 20-24 let a kraj Liberecký má tuto kategorii na druhém místě, ale předložený rozdíl není tak výrazný. Výsledky za ČR a výsledky podle krajů spolu korespondují, seskupení podle věku žen tak získává jasnější strukturu a mohli bychom pouze zopakovat, že každé rozhodnutí pro UPT je v konkrétním věku ženy zakotveno v různé sociální a zdravotní realitě.

Podle stejného obr. 18 ještě zhodnotíme podíly u jednotlivých věkových skupin žen. obr. 18 odhalil mizivé procento žen pod 14 let ve všech krajích. Je pochopitelné, proč se zde pohybují hodnoty UPT na tak nízkých úrovních. Jde o ženy na začátku fertilního věku, je zřejmé, že těhotenství je nechtěné a z mnoha důvodů rizikové. Zajímavostí je Olomoucký kraj, ve kterém v této kategorii nebyly zaznamenány žádné ženy.

Výraznější odchylku vidíme u kategorie 15-19 let v kraji Ústeckém (8,9 %), Středočeském (8,1 %) a Moravskoslezském (7,9 %). Do popředí nízkých hodnot se dostávají naopak kraje Pardubický (1,7 %), Vysočina (2,3 %), Zlínský (2,3 %) a Karlovarský (2,5 %). Rozdíly ve výsledcích mezi jednotlivými kraji mohou být opět dílem jednak sociálních podmínek, jednak kulturních.

Ve věkové kategorii 20-24 zůstala u nejnižších hodnot Vysočina (4 %) i Zlínský kraj (4,9 %), rovněž Pardubický kraj (5,2 %). V této věkové kategorii naopak výrazně stoupají hodnoty Středočeského kraje (18,6 %), přidává se i Praha (18,3 %), kraj Moravskoslezský (18,2 %) a kraj Ústecký (17,2 %). Nejprve je vidět tendence k procentuálnímu nárůstu u žen

20-24 let ve srovnání s předchozí věkovou kategorií. Tuto skutečnost lze již dát do souvislosti s odkládáním mateřství na pozdější věk, bereme-li opět v úvahu, že ve věku 20-24 let bude nejvíce studujících žen. Nepochybně tu spolupůsobí řada dalších vnějších vlivů, např. společenský trend nejprve si vybudovat kariéru a zabezpečit sám sebe, dále opět životní standard.

Ani podíl žen ve věkové kategorii 25-29 let nezměnil nejnížší hodnoty na Vysočině (4,7 %), Pardubickém (5,1 %) a Karlovarském kraji (5,2 %). Nejvyšší podíly žen ve věkové kategorii 25-29 let jsou doloženy v kraji Středočeském (20,3 %), Praze (19,6 %), Moravskoslezském kraji (19,5 %) a Ústeckém (18,4 %). Podíváme-li se znovu pozorně na hodnoty v Praze, tak sledujeme zajímavou sestupnou tendenci UPT ve věkové kategorii 35-39, 30-34, 25-29 a 20-24 let.

Jak jsem již uvedl, věková kategorie 30-34 let je nejvíce procentuálně zastoupena v celé ČR. Sledujeme, jak se podílí na počtu UPT v jednotlivých krajích. Intenzita podílu je patrná a nejvyšší v kraji Středočeském (26,1 %), Ústeckém (20,45 %), Jihomoravském (18,2 %). Praha (23,4 %) a kraj Moravskoslezský (19,5 %) potvrzují sice hojné zastoupení těchto žen, ale není to největší podíl v daném kraji. Mírně je převyšují jiné věkové kategorie. V této kategorii 30-34 je dále zřetelně, že nejmenší podíl žen je v kraji Pardubickém (6,1 %) a Karlovarském (6,5 %), stejně tak na Vysočině (7,2 %). Přesto je třeba doplnit, že ženy v tomto věku se na Vysočině podílí nejvíce na UPT. Jak průběžně konstatujeme, pro přesnější zdůvodnění, které by lépe objasnilo rozhodování žen o UPT, máme omezené možnosti dat. Lze tento jev vysvětlit řadou hledisek. Ženy mají ve věku 30-34 většinou děti a vytvořené partnerské zázemí, je naplněna jejich potřeba mít dítě. Spíše tu může jít o případy zvažování třetího dítěte. Rozhodování o počtu dětí není sice v této práci středem pozornosti, ale přirozeně s tématem souvisí. K tomu mohou přistupovat další okolnosti, např. stále uváděné zdravotní či eugenické příčiny UPT, ale ty se přirozeně týkají všech věkových kategorií.

Praha (23,5 %) a kraj Středočeský (23,3 %) přesvědčivě zůstává ve věku ženy 35-39 let na nejvyšších hodnotách. Praha, která byla v předchozí věkové skupině na druhém místě v nejvyšších hodnotách, se dostala na první nejvyšší hodnotu. Naopak na nejnižších hodnotách se drží kraj Karlovarský (5,1 %), zatímco Ústecký kraj (16,2 %), který je s ním často v mnoha ukazatelích srovnáván, se tentokrát odlišuje v podílu žen 35-39 let v počtu UPT. Nicméně silné zastoupení žen ve věku 35-39 let si ponechává kraj Moravskoslezský (17,5 %) a Jihomoravský (16,2 %). Zvažujeme-li opět příčiny žen pro UPT v tomto věku, tak z tohoto úhlu pohledu zde můžeme více odkázat na zdravotní a eugenické důvody. Doporučovaný prenatální screening pro ženy od 35 let může ukázat právě různé malformace plodu.

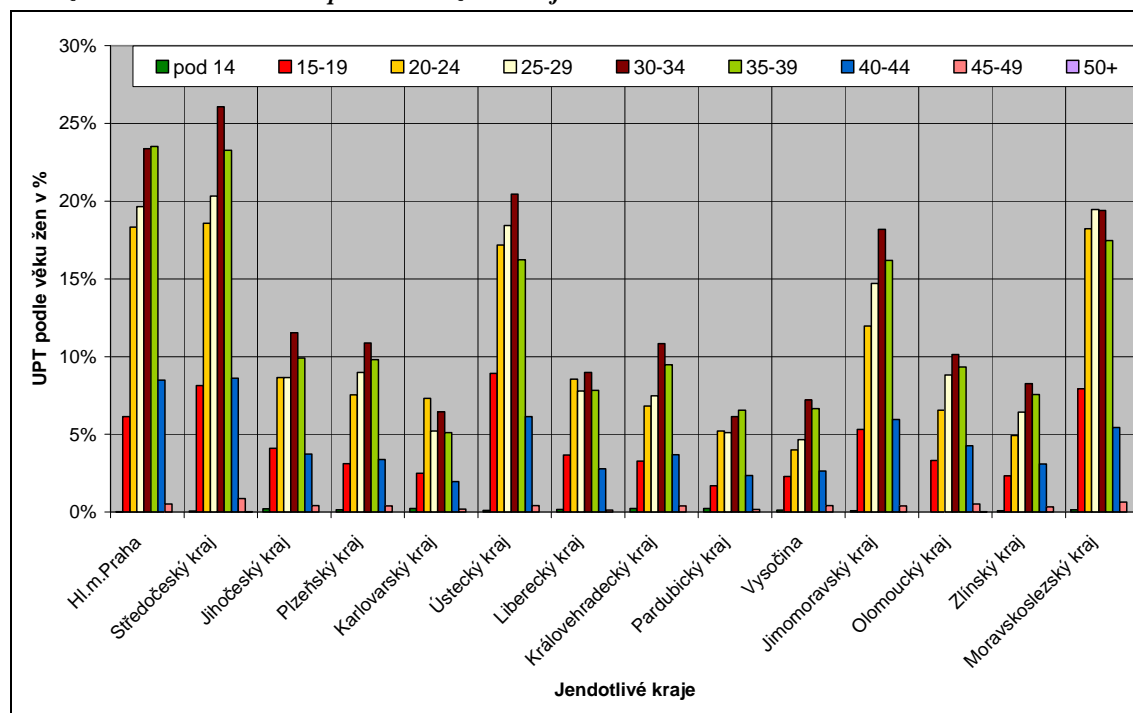
Praha (8,49 %) zůstává na vysoké příčce ve věkové skupině 40-44 let. Ale na nejvyšší příčku se dostal Středočeský kraj (8,6 %). Podíly žen v tomto věku byly nejnížší v Karlovarském kraji (2 %) a Pardubickém (2,4 %). Celkově však již UPT ubývá ve srovnání s předchozí kategorií. V souvislosti s důvody k UPT bychom mohli zopakovat výše uvedené s tím, že v tomto případě se mohou zdravotní a eugenické důvody ještě více nabízet. Nejspíše

lze také vycházet z řady praktických zdravotních důsledků pro ženu i dítě. Zvyšuje se stále v tomto věku pravděpodobnost genetických vad u dětí, na což jsou ženy lékaři upozorňovány.

K výrazným změnám dochází logicky v kategorii 45-49 let. Výlučnost UPT je zde potvrzena na následujících údajích: nejvyšší v Středočeském (0,88 %) a Moravskoslezském kraji (0,66 %). Také ve všech ostatních krajích je procentuální zastoupení zanedbatelné, nejnížší pak v kraji Libereckém (0,13 %) a Pardubickém (0,16 %). Kromě zdravotních důvodů jistě ženy za normálních okolností svůj život spíše bilancují a mají jiné životní perspektivy.

Dalo se očekávat, že procentuální hodnoty se budou s narůstajícím věkem žen stále snižovat. K zdravotním důvodům zde mohou přistupovat psychologické, a dokonce v kategorii 50+ můžeme hovořit o potencionálně nejvíce ohrožené skupině v případě těhotenství. Ženy mají otázku reprodukce již vyřešenou. Respektují potřeby svého věku. Mizivé procento zaznamenaly kraje Středočeský a Olomoucký (0,33 %), ostatní kraje nemají případy UPT v tomto věku.

**Obrázek 18 - Struktura UPT podle věku žen v krajích ČR v roce 2011**



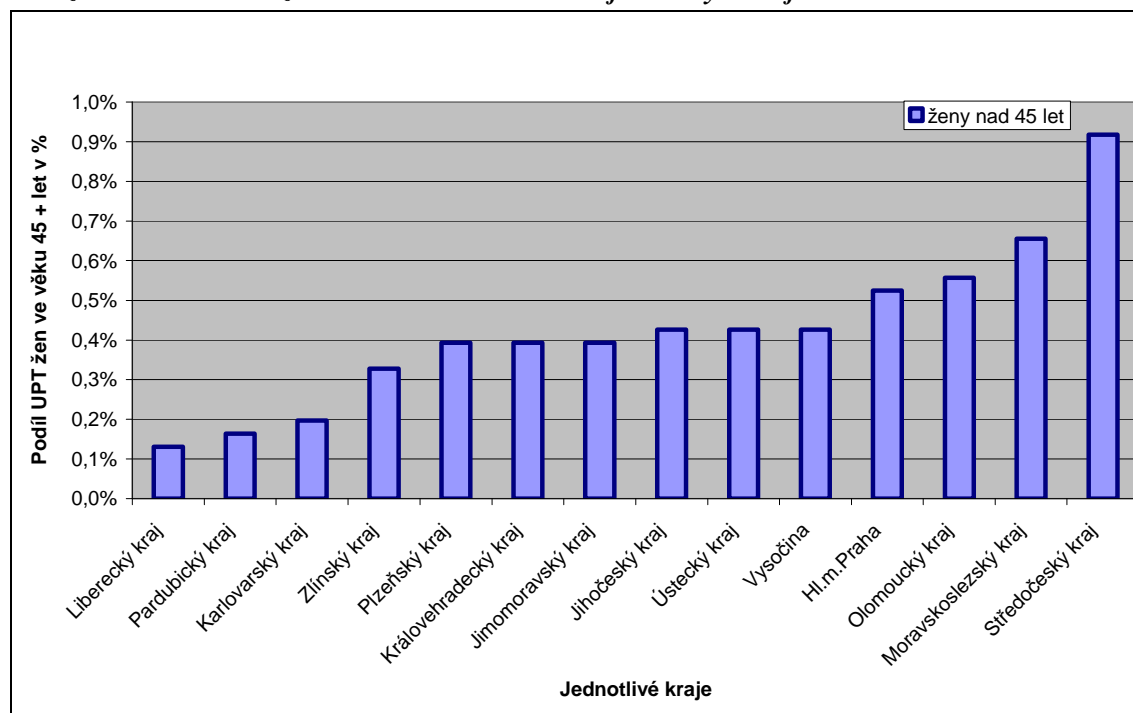
**Zdroj:** ÚZIS, ČSÚ: specifický soubor a vlastní výpočty

Středem našeho zájmu je i věková kategorie žen nad 45 let, která vybízí, abychom ji vyhodnotili ještě zvlášť. Výsledky však nepřinášejí nějaké výrazné změny v hodnotách UPT. Ve Středočeském kraji jsme zaznamenali nejvyšší hodnotu v celé ČR (0,92 %) u zmíněné věkové kategorie, zatímco v kraji Libereckém, nejnížší hodnotu (0,13 %). Lze říci, že ve všech krajích se hodnoty dostaly pod jedno procento. Z moravských krajů získal nejmenší procento kraj Zlínský (0,33 %).

V této souvislosti se nutně objevuje spojitost s další životní perspektivou těchto žen. Ženy nad 45 let budou mít děti již dospělé, navíc se dají přepokládat doprovodné problémy v těhotenství a zdravotní indikaci k UPT. Je zde tedy vyjádřen vztah mezi věkem

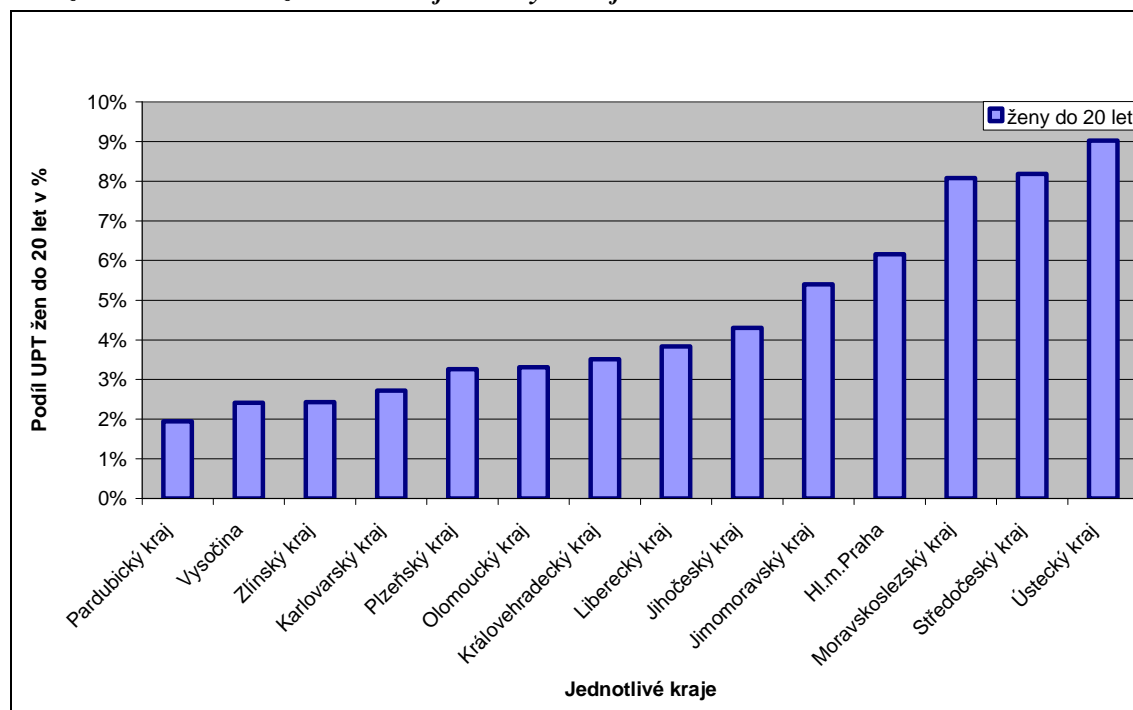
a zdravotními důvody žen k UPT. Ženy přijímají spíše nové životní role v podobě prarodičovství.

**Obrázek 19 - Podíl UPT žen ve věku 45 let a starších v jednotlivých krajích ČR v roce 2011**



**Zdroj:** ÚZIS, ČSÚ: specifický soubor a vlastní výpočty

U kategorie žen pod 20 let klesaly v kraji Vysočina procentuální hodnoty v počtu UPT až na 2,41 %, v kraji Zlínském (2,4 %). Nejméně zastoupený podíl žen pod 20 let je v Pardubickém (1,9 %). Naopak nárůst počtu UPT u žen pod 20 let jsme zaznamenali v kraji Ústeckém (9 %), Středočeském (8,2 %) a v Moravskoslezském (8,1 %). Také Praha si podržela vysoké procento (6,2 %). Zásadně možno říci, že tento stav u žen pod 20 let může odkazovat k existenční nouzi, nebo k nezodpovědnému sexuálnímu chování u žen z rizikového sociálního prostředí. Ale další tvrzení mohou být čistě spekulativní, neboť data z ÚZIS v tomto směru nejsou pro naši práci dostačující. Najdeme např. podle dat ÚZIS údaj v publikaci Potraty, který sleduje druh užívané antikoncepce a ženy bez antikoncepce při podstoupení UPT. Nerozlišuje však kategorii věku žen a užívané antikoncepce, takže není vymezena kategorie pod 20 let. Sleduje celkový počet žen. Převážná většina žen podstupující UPT neužívá žádný antikoncepční prostředek, což je na jedné straně logické. Důvodem UPT je zřejmě nedostatečná ochrana. Ale jsou k dispozici klasifikace žen, které podstoupily UPT zřejmě z důvodů selhání antikoncepce a jedná se o nechtěná těhotenství. Např. V Ústeckém kraji z celkového počtu žen 2680 nemělo 2610 žen žádnou antikoncepci, 42 žen hormonální antikoncepci, 23 nitroděložní a 5 jinou (Příloha 4).

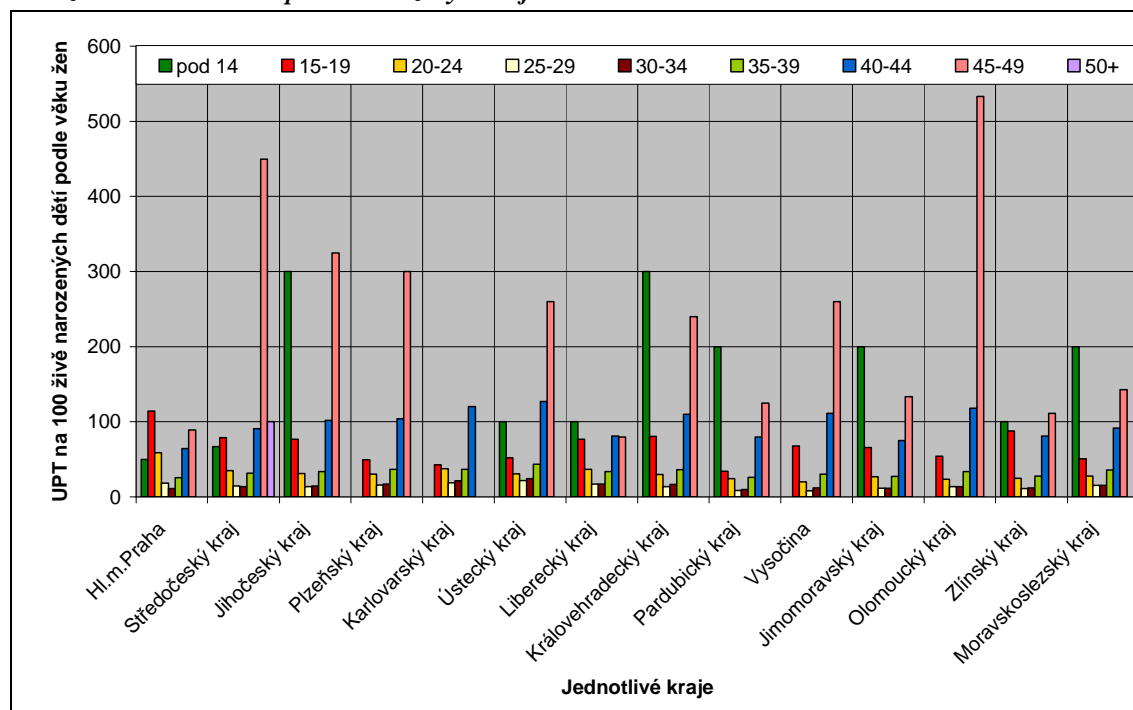
**Obrázek 20 - Podíl UPT žen do 20 let v jednotlivých krajích ČR v roce 2011**

**Zdroj:** ÚZIS, ČSÚ: specifický soubor a vlastní výpočty

Dovolíme si k této podkapitole ještě připojit index UPT podle věku. Co zajímavého přináší? Možná shrnout takto: zásadní roli zde sehrávají ženy ve věku 45-49 let, přičemž zdůvodnění je uvedeno již v komentáři k obr. 18. Přestože tyto ženy představují mizivé procento všech žen v ČR, které volí UPT, v našem sledovaném indexu zaujímají prvenství, neboť v převážné většině případů volí UPT před narozením dítěte. Tato zjištění nestojí proti sobě, ale naopak. Je jasné, že ženy v tomto věku disponují největším počtem argumentů proti nechtěnému těhotenství.

Zbývá zamyslet se nad kategorií žen do 14 let. Výsledky v obr. 21 naznačují, že tyto ženy také volí UPT. Souvisí to ale s velmi malým počtem těhotenství v tomto věku. V Plzeňském a Karlovarském kraji se tato kategorie vůbec nezobrazuje. V určitém smyslu je opět chování těchto žen lehce zdůvodnitelné. Ženy ve věku do 14 let nejsou v našem společenském prostředí prakticky zařazovány do kategorie žen, ani biologicky k tomu naprogramovány. V jiných částech světa je tato kategorie již v mateřství plně zastoupena (viz Indie). Ale všimněme si, že tato kategorie žen vykazuje v kraji Jihočeském, Královéhradeckém, Pardubickém, Jihomoravském a Moravskoslezském vyšší indexy. Ženy ve věku 40-44 let mají také silnou pozici v indexu UPT podle věku. To opět ukazuje určitou vnitřní logiku věci, ženy v tomto věku volí UPT častěji před narozením dítěte. Nejvyšší hodnoty indexu můžeme nalézt v Ústeckém, Karlovarském a Olomouckém kraji, nejnižší hodnoty naopak v Praze, Pardubickém, Jihomoravském, Zlínském a Libereckém kraji. To, že se nám ukázaly tyto dvě extrémní věkové kategorie, je v jistém smyslu pochopitelné.

Obrázek 21 - Index UPT podle věku ženy v krajích ČR v roce 2011

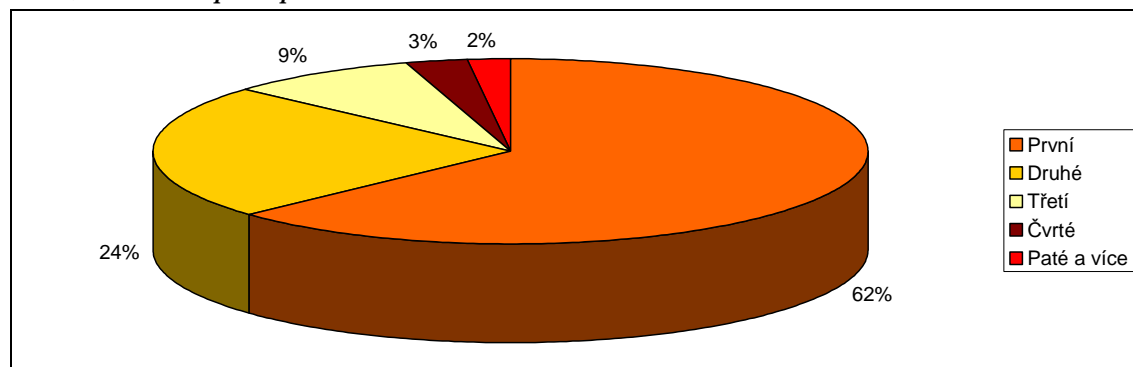


Zdroj: ÚZIS, ČSÚ: specifický soubor a vlastní výpočty

#### 4.6 Umělé přerušování těhotenství podle pořadí v krajích ČR v roce 2011

Nejčastěji v souvislosti s pořadím UPT žen podstupovaly ženy UPT jednou (62 %). Procento se snížilo na hodnotu 24 % v případě druhého pořadí. Ještě třetí pořadí vykazuje vyšší hodnotu (9 %). Všechny ostatní případy jsou relativně nízké (čtvrté 3 % a páté a více 2 %). To může odkazovat k prevenci na této úrovni, ale i k morálnímu uvažování žen. Pokud důvody k UPT nastaly, snaží se jim ženy v budoucnu předcházet. Méně časté jsou tedy případy, kdy žena opakovaně podstupuje UPT. Vidíme na obr. 22, že tato opačná krajnost je spíše vzácná. Hovoří to zřejmě i pro užívání antikoncepce.

Obrázek 22 - UPT podle pořadí v ČR v roce 2011



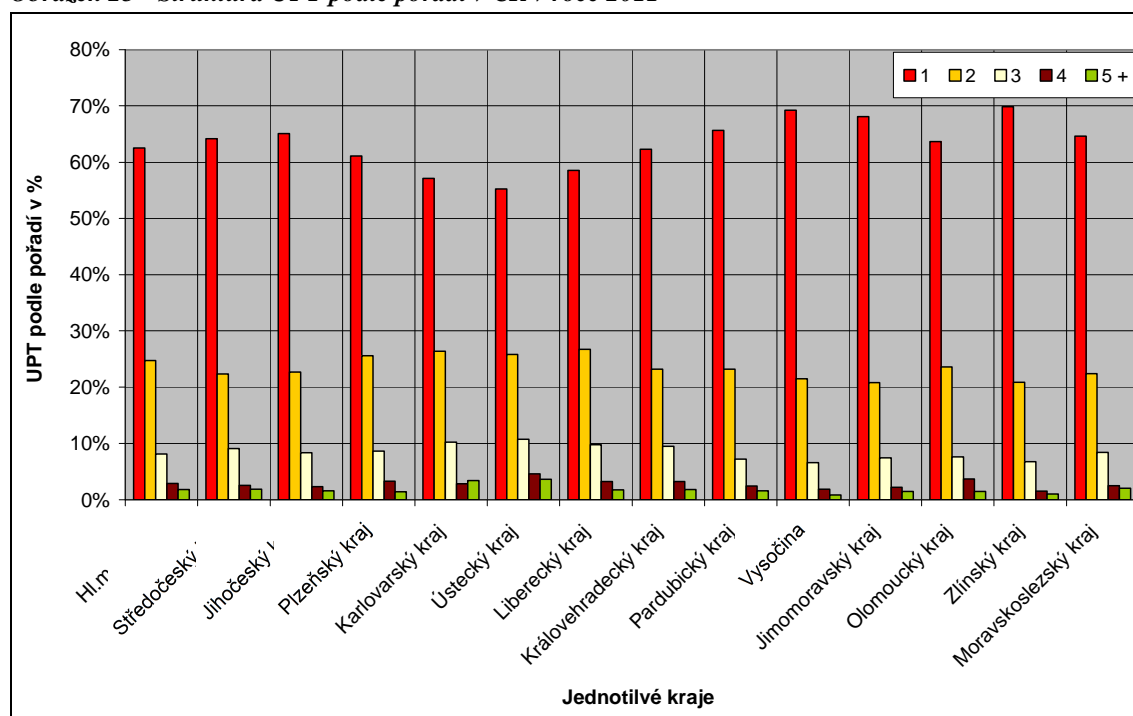
Zdroj: ČSÚ, 2012a a vlastní výpočty

Situace v krajích odpovídá v zásadě výše uvedeným skutečnostem. Ve všech krajích ČR převažuje 1. pořadí UPT. Co se týče dalšího pořadí, tak poměrně vyrovnané je také druhé



pořadí ve všech krajích. Při sledování pořadí můžeme vidět, že vždy další pořadí UPT klesá v porovnání s předchozím pořadím. Jen u Karlovarského kraje není možné potvrdit toto stanovisko. Výjimku zde tvoří páté (a další) pořadí, které převyšuje pořadí čtvrté. Při objektivním zhodnocení krajů je jen třeba doplnit, že Zlínský kraj disponuje téměř zanedbatelnými údaji ve čtvrtém a pátém pořadí. Ale je to region s nejvyšším prvním pořadím.

**Obrázek 23 - Struktura UPT podle pořadí v ČR v roce 2011**



**Zdroj:** ÚZIS, ČSÚ: specifický soubor a vlastní výpočty

## 4.7 Shluková analýza

Pro větší přehlednost a snadnější interpretaci výsledků byla zvolena shluková analýza na úrovni krajů. Data a metoda jsou popsány v kapitole 2.5. Na základě výsledků shlukové analýzy znázorněných dendrogramem (obr. 24) se vydělily čtyři skupiny (ve vzdálenosti deset), z toho jedna skupina byla reprezentována pouze jediným krajem a to hlavním městem Praha a je označena jako skupina 1. Největší skupina 2 zahrnovala Středočeský, Jihočeský, Plzeňský, Královéhradecký, Olomoucký, Liberecký a Moravskoslezský kraj. Karlovarský a Ústecký kraj tvořily skupinu 3. Vysočina, Zlínský, Jihomoravský a Pardubický kraj skupinu 4. V tabulce 1 a 2 jsou uvedeny průměrné hodnoty ve skupině původních proměnných, které vstupovaly do shlukové analýzy.

Shluková analýza může pouze doložit výše uvedená tvrzení. Promítá se do ní stav označený v kartogramech a grafech. Podle jejích výsledků první skupinu tvoří pouze Praha. Průměrný věk ženy při podstoupení UPT je zde 29,7 let. Překvapivě stejnou hodnotu úhrnné umělé potratovosti (0,34) jako Praha má také druhá skupina. Je třeba dále zdůraznit největší index umělé potratovosti podle vzdělání, konkrétně základního vzdělání (50,7 %), dále

vzdělání bez maturity (40,3 %), vzdělání s maturitou (20,2 %). Praha má také nejvyšší index UPT žen se dvěma dětmi (85,9 %) a se třemi dětmi (110 %).

Ve druhém skupině (kraj Středočeský, Jihočeský, Plzeňský, Liberecký, Královéhradecký, Olomoucký a Moravskoslezský) se ukazují u všech ukazatelů průměrné hodnoty. Třetí skupina (kraj Karlovarský a Ústecký) potvrzují nejvyšší úhrnnou umělou potratovost v celé ČR (0,45), dále největší index umělého přerušení těhotenství podle svobodných žen (34,6 %) i vdaných (20,6 %). Index počtu předtím živě narozených dětí s jedním dítětem je nejvyšší (24,8 %). Je možné v této skupině sledovat nejvyšší index umělé potratovosti podle vysokoškolsky vzdělaných žen (10,5 %). Zdá se, že také shluková analýza splnila zde svůj účel. Vedla k tomu, že nám označila potencionálně nejrizikovější oblast UPT. A můžeme tedy tuto metodu považovat za shrnující a správně zvolenou. Vedla k tomu, že potvrdila výrazné výkyvy kraje Karlovarského a Ústeckého při sledování a analýze UPT v ČR.

Rozdíly oproti třetí skupině zjišťujeme i ve čtvrté skupině (Pardubický, Vysočina, Jihomoravský, Zlínský kraj), kde výrazně klesá úhrnná umělá potratovost (0,25) a naopak dochází ke zvýšení průměrného věku při podstoupení UPT (30,45). Je nutné dále přihlédnout v těchto krajích k nejnižšímu indexu umělé potratovosti u svobodných žen (24,7 %) i u vdaných žen (11,4 %). Je třeba ještě poukázat na nejnižší index podle vzdělání – střední bez maturity (23 %), střední s maturitou (14,9 %) a vysokoškolské (6,3 %). Čtvrtá skupina nepřinesla žádné výrazné odlišnosti od předchozích analýz, pouze výrazně doložil dominantní postavení jižní Moravy a kraje Pardubického v debatě o interrupcích. Mohli bychom zase zde uvést souhrn okolností, které odkazují k tomuto stavu.

**Tabulka 1a - Deskriptivní statistika skupin (a)**

Skupina	Průměrný věk žen při UPT	Úhrnná umělá potratovost	Index UPT svobodných žen	Index UPT vdaných žen	Index UPT žen se základním vzděláním	Index UPT žen se středním vzděláním bez maturity
1	29,64	0,338	34,50	13,20	59,68	40,25
2	29,72	0,338	30,63	15,29	48,44	32,03
3	28,80	0,446	34,63	20,55	36,52	33,32
4	30,45	0,246	24,66	11,37	43,58	22,97
Total	29,79	0,327	29,77	14,77	46,15	30,22

**Zdroj:** ÚZIS, ČSÚ: specifický soubor a vlastní výpočty

**Tabulka 2b - Deskriptivní statistika skupin (a)**

Skupina	Index UPT žen se středním vzděláním s maturitou	Index UPT žen s VŠ vzděláním	Index UPT bezdětných žen	Index UPT žen s jedním dítětem	Index UPT žen s dvěma dětmi	Index UPT žen s třemi dětmi
1	27,20	10,24	15,07	15,79	85,94	110,00
2	19,90	7,39	13,42	15,07	74,52	84,52
3	19,98	10,48	16,66	24,81	82,30	92,43
4	14,90	6,31	10,25	9,64	57,66	64,53
Total	19,00	7,72	13,10	14,96	71,63	81,76

**Poznámky:** Skupina 1: Praha

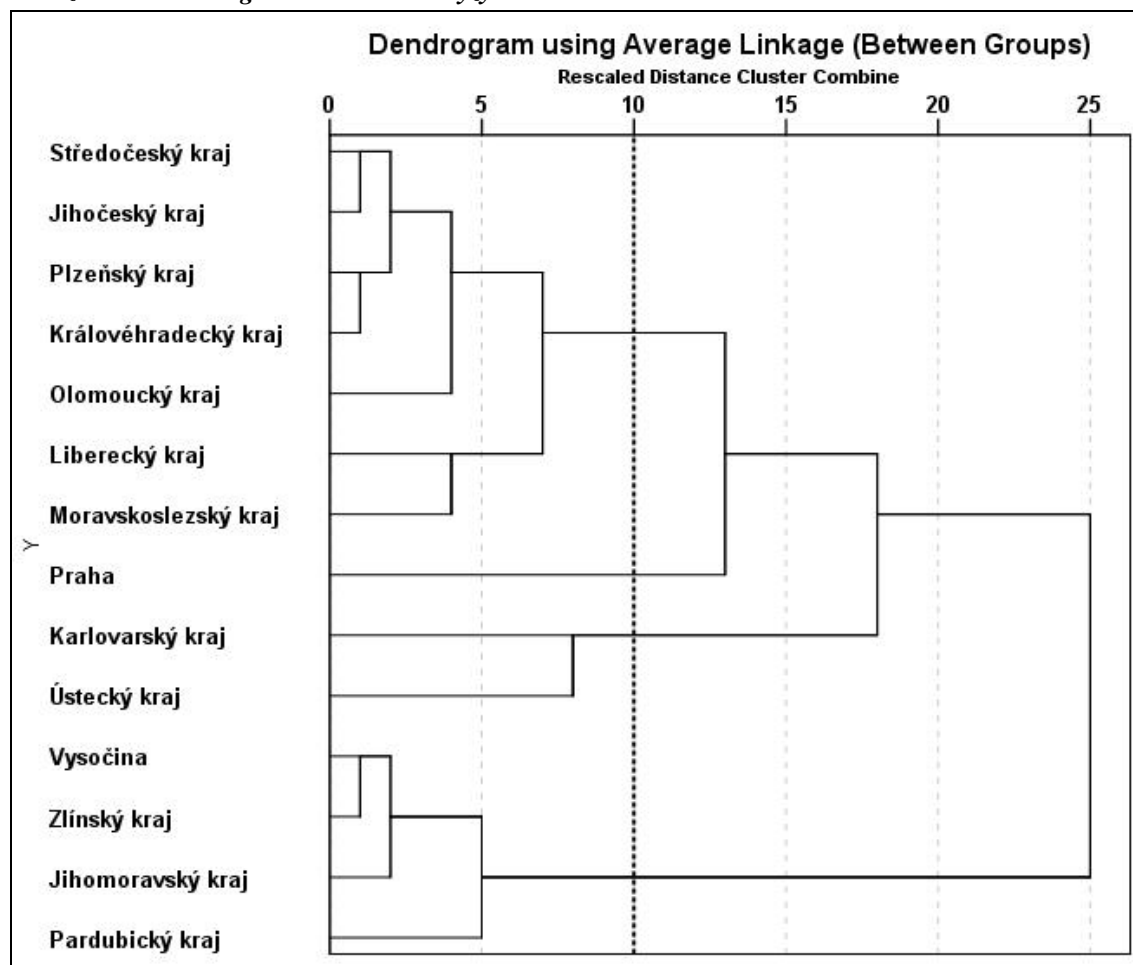
Skupina 2: Středočeský, Jihočeský, Plzeňský, Královéhradecký, Olomoucký, Liberecký a Moravskoslezský kraj

Skupina 3: Karlovarský a Ústecký kraj

Skupina 4: Vysočina, Zlínský, Jihomoravský a Pardubický kraj

**Zdroj:** ÚZIS, ČSÚ: specifický soubor a vlastní výpočty

Obrázek 24 - Dendrogram shlukové analýzy



Zdroj: ÚZIS, ČSÚ: specifický soubor a vlastní výpočty

#### 4.8 Shrnutí regionálních vzorců umělého přerušení těhotenství v roce 2011

Zabývali jsme se v předchozích podkapitolách diferenciací struktur a intenzit UPT v ČR za rok 2011. Uvedli jsme, že nejvíce podstupují UPT ženy ve věku 30-34 let, dále převažuje model ženy se dvěma dětmi. Žádnou výjimkou nejsou ani ženy bezdětné, které jsou zastoupeny z 28 %. Spíše vzácností, co do proporcionality jsou případy žen ve věkové kategorii od 45 let. Co se týče rodinného stavu, předložili jsme schéma, kde převládají ženy svobodné (49 %) a ženy vdané (37 %).

Pro ilustraci je uveden ještě podíl UPT v krajích v rámci České republiky, kde první místo zaujímá Středočeský kraj, druhé místo svědčí pro Prahu. Přesnějším ukazatelem je pak index umělé potratovosti, který dává do poměru UPT podle i předtím živě narozených dětí a počet živě narozených v i+1 pořadí (dále podle rodinného stavu, vzdělání a věku). Je také posuzována struktura UPT v krajích. Struktura UPT podle počtu předtím živě narozených dětí v ČR ukázala, že nejvíce bezdětných žen, které podstoupily UPT, bylo v Praze (36,5 %). Index UPT podle počtu předtím živě narozených dětí vykazoval jen lehké asymetrie mezi ženami se dvěma a čtyřmi dětmi, které si v různých krajích přebírají druhé a třetí místo.

S výjimkou třech krajů (Jihočeského, Libereckého a Vysočiny) se však k UPT kloní ženy se třemi dětmi.

Ve struktuře UPT podle rodinného stavu ženy v krajích nese prvenství model svobodné ženy a k tomu zpracovaný index podle rodinného stavu odkryl prvenství žen ovdovělých, které by daly přednost UPT před narozením dítěte. Nejvyšší tyto ukazatele jsou v Praze, v kraji Plzeňském, Karlovarském a Libereckém. Struktura UPT podle vzdělání žen v krajích nám jen připomněla a zopakovala celorepublikový průměr - většina žen má střední vzdělání s maturitou, v Karlovarském kraji vzdělání základní, v Ústeckém a Jihočeském kraji střední vzdělání bez maturity. Index UPT v krajích podle vzdělání ženy připsal prvenství ženám se základním vzděláním. Struktura UPT podle věku žen v krajích umožnila vysledovat prvenství žen ve věku 30-34 let, ale index UPT podle věku ženy posunul na první místo ženy ve věku 45-49 let. A přinejmenším zdůraznil pozice žen pod 14 let, které volí nejčastěji UPT před narozením dítěte.

Pokud jde o pořadí UPT, lze vyjádřit určitou stabilitu, neboť statisticky nejčastěji stanovují první pořadí. Další vývoj UPT může být otázkou prevence i přijetí osobní zodpovědnosti lidí za plánování a přijetí těhotenství. Obecně východiskem pro snižování UPT by mohla být i lepší rodinná politika státu, neboť mladí lidé mohou pociťovat úzkost při nezajištění optimálního životního standardu dítěti.

## Kapitola 5

### 5 Diskursivní rámec k umělému přerušení těhotenství

#### 5.1 Lékařské hledisko k umělému přerušení těhotenství

Nejprve se pokusme formulovat klíčové pojmy lékařského přístupu k dané tématice. Jednak současná medicína postupuje podle platného zákona (zákon č. 66/1986 Sb.), podle kterého má těhotná žena svobodnou volbu rozhodnout se pro interrupci jak ze zdravotních důvodů, tak bez udání důvodů na základě vlastní žádosti.<sup>8</sup> Lékařství nepochybně učinilo kroky kupředu v technice provedení umělého přerušení těhotenství a tím také snížilo počet komplikací po zákroku. Statistiky nasvědčují tomu, že např. při miniinterrupci (provádí se do ukončeného 8. týdne těhotenství) je riziko smrti takřka nulové ve srovnání s donošením těhotenství, porodem a šestinedělím, kdy je pětaticetkrát vyšší. Přesto lékařský postoj není budován na propagaci umělého přerušení těhotenství jako metodě plánovaného rodičovství, ale lékaři hovoří o případě krajní nouze, kdy je skutečně provedení zákroku nezbytné a gravidita tedy nežádoucí (Pekárková, 2000, s. 10). Velmi zřetelně také lékaři vnímají, že samotný zákrok je pro většinu žen traumatizujícím zážitkem. Hovoří se o známém postinterrupčním syndromu. Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu (SPRSV) se jako řádný člen Mezinárodní federace plánovaného rodičovství IPPF (International Planned Parenthood Federation) hlásí k jejímu programu. V zásadě se v něm nepopírá právo žen na interrupci, naopak má být ženám dostupná, ale díky řadě výše uvedených faktorů je třeba UPT předcházet právě správnou antikoncepcí<sup>9</sup> a sexuální výchovou (Dudová, 2012, s. 103).

Zdravotnická zařízení u nás mohou také samotné provedení UPT ženě odmítnout, pokud neuznávají její právo svobodně se rozhodnout či mají výhrady svědomí. Znamená to ale pro ně povinnost informovat ženu o zdravotnických zařízeních, která UPT provádějí (Bahounek, 2007, s. 8-9).

Námětem k debatám nad danou problematikou se také stala z hlediska lékařského otázka neplodnosti žen po provedení zákroku. Tento argument měl své zastánce zejména v odpůrcích interrupcí, i když je pravda, že po úpravě legalizace UPT v roce 1957 zaznamenala i média

<sup>8</sup> Musíme ještě upřesnit, že podmínkou u písemné žádosti o umělé přerušení těhotenství je situace, kdy těhotenství nepřesahuje 12 týdnů a nebrání tomu zdravotní důvody ženy. Zdravotní důvody, které brání umělému přerušení těhotenství, jsou stanoveny ve vyhlášce č. 75/1986 Sb. (Černý, 2003, s. 20). Další okolnosti k UPT po 12. týdnu těhotenství uvádíme v legislativě.

<sup>9</sup> Výraz kontracepce užívá WHO- Světová zdravotnická organizace, u nás se více používá výraz antikoncepce (Bahounek, 2007, s. 17).

nárůst těchto zpráv (Dudová, 2012, s. 78-79). Postupem doby a s rozvojem vědy a medicínské techniky se extrémní důsledky UPT jako neplodnost samozřejmě minimalizují. Již ze zákona však dodnes vyplývá pro lékaře povinnost informovat ženu o možných důsledcích interrupce. Ale jak jsme již výše uvedli, zejména miniinterrupce prováděna vakuovou aspirací, nemívá tak fatální dopady. Diskuse v současné gynekologické praxi se proto vedou na téma „lékový potrat- medical abortion“, který se ve světě běžně používá. Jedná se o UPT nechirurgickou cestou za použití tablety antiprogesteronu RU-486 (název podle francouzské firmy Roussel-Uclaf), která má abortivní účinky. Zákrok je šetrnější, bez anestezie, bez rozšiřování děložního hrdla, které vyžaduje běžný operativní zákrok, má tedy přinést menší rizika pro další těhotenství. Je však velmi kritizován zejména hnutím pro-life.

Hnutí pro-life, v České republice Hnutí pro život, prezentuje na svých webových stránkách právě aktuálně diskuse k zavedení léku RU-486 do medicínské praxe. Nesouhlasí s touto novou metodou, která umožňuje snadný přístup k umělému přerušení těhotenství. Proto připravuje petici ministru zdravotnictví Leoši Hegerovi, kde striktně výše uvedený lék odmítá ([www.pro-life.cz](http://www.pro-life.cz)).<sup>10</sup>

Další zajímavé hnutí v České republice, související s naším tématem, prezentují dobrovolnická skupina HAM (Hnutí za aktivní mateřství) a APERIO (Asociace porodních asistentek). Jak názvy skupin napovídají, argumenty jejich aktivit zaznívají pro přirozené porody, ale také vyvolávají diskuse o nutnosti prenatálního screeningu a současně o nutnosti podstoupit UPT ze zdravotních důvodů v případě pozitivních výsledků testování (Dudová, 2012, s. 131-132). Mají tedy zkušenost, že některá UPT ze zdravotních důvodů jsou zbytečná? Je jasné, že preventivní screening nemůže odhalit úplně všechny vady, ani nemůže zajistit, že v případě negativních výsledků bude narozené dítě zcela v pořádku. Proto lékaři tolerují odmítnutí screeningu, ale nepovažují takové rozhodnutí ženy za příliš rozumné. Základní princip této preventivní strategie je velmi doporučovaný. Preventivní screening odmítají zejména ženy věřící, neboť úplné tělesné a duševní zdraví dítěte nepociťují mnohdy jako nejvyšší hodnotu. Hodnotu má pro ně život samotný, povznáší se tímto tvrzením nad postoje běžné populace.

Důležitým činitelem současné medicínské praxe je i další zajímavá problematika, která stojí v opozici k UPT. Medicína nabízí obojí - UPT i umělé početí. Jedná se také vlastně o umělý zásah do přirozeného rozplodování, moderní reprodukci, o medicínskou techniku oplodnění „in vitro“ (Ondok, 1999, s. 74). Tedy žijeme v době, která se potýká s nárůstem neplodných žen i problémem mužské impotence. Medicína nabízí asistovanou reprodukci, tedy pomoc těm, pro které není možné otěhotnění přirozenou cestou. Umělé oplodnění je neopominutelnou součástí moderní medicíny a stojí vlastně paradoxně na druhém břehu umělého přerušení těhotenství. Těhotenství může znamenat pro některé ženy vysněnou, nedosažitelnou metu a ty pak logicky logicky nechápou cílevědomé, odmítavé či liberální postoje k mateřství. S touto okolností je třeba také počítat. Zcela evidentně a oprávněně UPT vyvolává řadu otázek, neboť UPT ze zdravotních či eugenických důvodů netvoří nejpočetnější složku celkového počtu. V této souvislosti se zdá, že největší úkol v boji

<sup>10</sup> Uvedené webové stránky také nabízí zajímavé číslo- počet provedených potratů v ČR od roku 1957- 3 274 783. Dále nalezneme evidenci podpisové akce proti léku RU-486- k 29. 3. 2013 67 415 podpisů.

za snižování počtu UPT je skutečně již výše uvedená osvěta či motivování k odpovědnému sexuálního chování, k odpovědnosti za život i nenarozený život, ale přidali bychom i boj za anonymní porody či lepší podmínky k adopci. Adopce je společností pojímána jako něco velmi prospěšného, společensky žádoucího, i když mimořádného (Matějček, 2005, s.239).

Diskuse nad lékařským přístupem k UPT lze uzavřít věcným argumentem, který se objevil v poznámce k návrhu zákona o specifických zdravotnických službách v roce 2008. „Odborná zdravotnická veřejnost zastává názor, že medicínsky lze hovořit o vývojové změně embrya v lidskou bytost od 12. týdne těhotenství, odkdy je centrální nervová soustava v určitém stupni vývoje.“ (Dudová, 2012, s. 108). Tento argument jistě podepřený výzkumy by mohl posunout všechny naše další diskuse v prospěch ženy, i když znovu připomeňme, že lékaři nejsou zastánci UPT, hovoří o případech krajní nouze. Legalizace a nové technologie pak proměňují pouze samotný zákrok, umenšují zdravotní rizika žen, ale neubírají na odpovědnosti v dané konkrétní situaci ženy, v daném rozhodování.

## 5.2 Etické hledisko k umělému přerušení těhotenství

Etickým úvahám v této problematice jistě neujdeme. Za povšimnutí stojí z tohoto pohledu argumenty z odborné literatury významného českého odborníka na etiku a bioetiku Petra Ondoka a profesora morální teologie a sociologie Hanse Rottera z univerzity v Innsbrucku. Do tématu UPT se promítají jednak otázky čistě etické a jednak otevřenější otázky současných medicínských technologií, kterými se zabývá právě bioetika. Obor je natolik zajímavý, že jeho studium umožňuje nahlížet na problematiku UPT mnohem komplexněji. Jsme tedy vedeni snahou porozumět rozhodnutí ženy. Jaký je tedy rozdíl mezi etikou a bioetikou? „Etika je filosofická disciplína, která se ptá po zdůvodnění morálky“ (Ricken, 1995, s. 10). Snaha etiky nás vede k tomu, abychom nahlíželi správně na to, co je dobré a spravedlivé, aby morální měřítko nebyla čistě neutrální či liberální. Předpokladem etiky je, že jsme svobodní a činíme řadu rozhodnutí. Chce nalézt zejména morální jistotu svého tvrzení a za správné považuje takové jednání, za které můžeme nést odpovědnost nebo které můžeme ospravedlnit.<sup>11</sup> Z tohoto krátkého exkurzu je jasné, že i v otázce UPT jsou klíčovými slovy pro etiku odpovědnost, svoboda, ospravedlnitelnost činu. Etika někdy hovoří o přijatelnosti a nepřijatelnosti jednání. Její subdisciplínou je bioetika, někdy také nazývána lékařská etika,<sup>12</sup> která vznikla jako nový obor v souvislosti s medicínskými problémy, s využitím lékařského pokroku v technice provádění některých zákroků. Ale hned v úvodu je třeba říci, že bioetika se nestaví negativně k technice. Poměrně hodně úvah a diskusí je věnováno komplexnímu přístupu k člověku. Člověk není pojímán pouze fyzicky, ale v kontextu duchovním, duševním i společenském. Aplikovaná etika a bioetika pracují s tzv. bioetickými principy (přirozeně

<sup>11</sup> Například I. Kant, autor slavného a v etice široce používaného kategorického imperativu, na základě dvou premis a jednoho závěru ukazuje, že původ mravního jednání je dán apriori, záleží jen na nás, jak se v dané chvíli rozhodneme. Ale máme se rozhodnout tak, jak bychom chtěli, aby se rozhodovali ostatní.

<sup>12</sup> Bioetika vznikla jako nový obor v souvislosti s medicínskými problémy, s využitím lékařského pokroku v technice prováděných lékařských zákroků. Bioetika, také někdy nazývána lékařská etika (Ondok, 1999, s. 9, Rotter, 1999, s. 11). V širším kontextu se kryje s pojmem aplikovaná etika, kdy etické soudy se aplikují téměř ve všech oblastech běžného života.

nejdůležitější princip lidské důstojnosti), neexistuje však obecný konsensus v některých aplikacích těchto principů na UPT, stejně jako na umělé oplodnění, homosexualitu, transsexualitu, genetické inženýrství, antikoncepci či euthanásii. Lze najít rozdílné přístupy od ryze liberálních až po rigorózní, striktně odmítavé k daným problematikám. Příčinu rozdílných přístupů lze spatřovat v tom, že se opírají o různé koncepce a jejich zdůvodnění.<sup>13</sup>

Bezesporu rozhodujícím východiskem v našem tématu je pro etiku to, od kdy je považován plod za člověka. I přes uvádění odlišných stanovisek k počátkům života, při souboji některých pojmů je jedno jasné: pro etiku dominuje tvrzení, že lidský plod je hoden života od okamžiku početí, je nutno s ním nakládat s maximální důstojností. Přímý umělý potrat je považován za usmrcení počínajícího života (Rotter, 1999, s. 52). Položme si ještě otázku: kdyby například byla akceptována teorie o vdechnutí duše, tj. 40 dnů od početí, nemusela by se řešit nepřijatelnost miniinterrupcí? V našem případě musela, protože dalším argumentem je tvrzení, že vlastně i ve lhůtě do 40. dnů zasahuje člověk umělým přerušením těhotenství do přirozeného řádu, či do Božího stvoření (Ondok, 1999, s. 83).

A přesto v bioetice i v křesťanském náboženství se vedly nejzásadnější diskuse o otázkách lidského života a jeho počátku. Od kdy můžeme mluvit v otázkách vývoje života o existenci člověka, od které doby vývoje se plod stává individuální bytostí, od kterého okamžiku je oduševněn? Potíže se vyskytují u obecných pojmů „lidství“, „člověk“, „být člověkem“, „být lidskou bytostí“. Zvažují se biologické aspekty vývoje člověka (zygota, morula, embryo, plod). Kdy je tedy lidský zárodek specificky lidský? Od okamžiku uhnízdění vajíčka v děloze, od okamžiku, kdy mu byla vdechnuta duše (středověká tvrzení např. Tomáše Akvinského, uvádí 40 – 50 dnů od početí)? Uznávaný odborník K. Rahner však chápe ontogenetický vývoj člověka za specifický narození od fylogeneze, člověk se od počátku podle něho vyvíjí jako člověk (Ondok, 1999, s. 80). Mnohdy se objevují formulace, že lidský plod se sice vyvíjí jako člověk od počátku, ale nemůžeme v bioetice hovořit o „plné humanizaci“. Přesto plod vyžaduje ochranu. Pro další odborníky vyvstává jako středobod zdůvodnění plného lidství otázka oplodnění (splnutí dvou buněk), pro jiné otázka početí (uhnízdění zárodku v děloze, pravé těhotenství), i když původně oplodnění a početí znamenaly totéž, tj. splnutí vajíčka a spermie).<sup>14</sup>

Ještě je třeba zmínit výše uvedenou problematiku bioetických principů. O princip „lidské důstojnosti“ by se měla opírat veškerá rozhodnutí, v něm je shrnuto vše- morální aspekt lidství, rovina důstojného lidství, ochrany důstojnosti ještě před narozením. Z našeho úhlu pohledu nesmí uniknout pozornosti zajímavý „princip dvojího účinku“, který se aplikuje v případech vážných zákroků s rizikem smrti. Podle tohoto principu je možno povolit zákrok, který je etický, ale může vést k důsledkům, které jsou neetické. Nejčastěji uváděný příklad je odstranění rakovinového nádoru těhotné ženy s následkem usmrcení jejího plodu. Prospěšné účinky při zákroku musí převyšovat nad negativními, čili záchrana života ženy před záchranou plodu (Rotter, 1999, s. 55).

<sup>13</sup> Hovoříme o konsekvencialismu, přístupu pozitivistickém, přístupu založeném na filosofické koncepci apod.

<sup>14</sup> Toto zajímavé tvrzení se objevuje zejména v USA. Pokud je totiž za početí považována implantace vajíčka, pak některé formy antikoncepce- nitroděložní tělíška- jsou ospravedlnitelné. Jejich abortivní účinek nastává před početím (Ondok, 1999, s. 30).



Přes veškeré etické diskuse o počátku lidského života v těle matky lze však najít další shrnující zdůvodnění počátku života při hodnocení umělého přerušení těhotenství: „*Od prvního okamžiku existence, tj. od početí je vyžadován respekt, který náleží lidské bytosti chápané jako jediná tělesně-duševní celistvost. Lidskou bytost nutno respektovat a jednat s ní jako s osobou od samého početí. Proto také od této doby musí být uznávána její práva jako osoby, mezi něž patří především nezadatelné právo na život.*“ (Ondok, 1999, s. 81). Z tohoto pohledu je aplikován model rozhodování „top down“. Norma zavazuje, nepovoluje výjimky. Pracuje se v etice i s modelem „bootom up“, kdy je při rozhodování závazná norma, morální příkaz (např. nezabiješ), ale zohledňují se okolnosti podstoupení nějakého zákroku (Drnek, 2011, s. 88). Jsou známy případy, kdy je UPT indikováno jako přípustné. Jsou-li tedy splněny některé podmínky - ohrožení života ženy, těhotenství po znásilnění, vážný defekt plodu, nízký příjem rodiny, těhotná žena se nechce provdat za otce dítěte, otec dítěte si nechce vzít těhotnou ženu, žena je vdaná a nechce další děti- je možno posuzovat UPT jako eticky přijatelné. S tím se ovšem zcela neztotožňuje katolická etika.

Umělé přerušení těhotenství je tedy bioetikou posuzováno jako nepřijatelné, přesto se dá počítat s konkrétními motivy ženy, které se dají ospravedlnit. Toto závěrečné tvrzení zdá se velmi lidské, vyjadřuje hlubší porozumění tématice i racionální vhled. Katolická církev je však mnohem striktnější, což bude uvedeno v následující podkapitole. Vidí v povolení UPT problém celospolečenský, kdy žena potřebuje slyšet jiné alternativy v případě nechtěného těhotenství, např. adopci dítěte či pomoc v nouzi formou azylových domů.

Odborníci v etice se také hlásí k diskursu o zavedení léku RU-486 (Ondok, 1999, s. 83). Snadná dostupnost a jednoduchost metody povede podle nich k lehkovážnějšímu přístupu žen, ale i mužů a navýší se počet UPT. Navíc etikou posuzovaná hodnota „morálního zla“, která je skryta v každém umělém přerušení těhotenství, zůstává stejná, neumenšená, i když léková forma UPT je oproti chirurgickému zákroku jednodušší. Všechna tato tvrzení a odmítání mají svoji logiku- pokud by jednou etika a náboženství přistoupily na přijatelnost UPT, byla by jiná vyšší moc, která by omezila liberálnost UPT? Právo je nad morálkou a právo je v tomto případě minimum morálky.

### 5.3 Náboženské hledisko k umělému přerušení těhotenství

Ve třech hlavních monoteistických náboženstvích najdeme tedy podobné argumenty pro odmítnutí umělého přerušení těhotenství jako u etiky, ovšem s odkazem na Boha, který stojí za vším stvořením. Člověk nemá právo nepřírozeně zasahovat do božího plánu. Člověk a Bůh se nevylučují, člověk ze své podstaty poznává přirozený mravní řád- tedy konej dobro, vyvaruj se zla. Umělé přerušení těhotenství je považováno za zlo, za vraždu nenarozeného dítěte, za těžký hřích, po kterém musí přijít pokání či jiný trest. Lidský život je hoden ochrany před narozením, důstojnost člověka je dána od okamžiku početí (Feldmann, 1999, s. 94-95).

Tento obecně pojatý rámec náboženského pohledu na UPT se pokusíme více zkonkretizovat. Vycházíme především z publikace Vyznání víry církve V. Feldmana. Jako ilustrace může být uveden postoj křesťanů a žijeme-li v evropské západní kultuře, pak postoj katolické církve, která vydala k tématu řadu dokumentů. Jedním z nich je pokoncilový

dokument (míníme II. Vatikánský koncil katolické církve v letech 1962-1965) *Charta práv rodiny* z roku 1974, kde je vymezeno, od kdy má být plod v těle matky chráněn. Předchozí diskuse o „vdechnutí duše“ považuje za nepodstatné, plod je hoden ochrany od okamžiku početí. Zdůrazněna je jedinečnost, neopakovatelnost lidské bytosti současně s odkazem na vědecké poznatky o vývoji jedince, který je od počátku specificky předurčen (Ondok, 1999, s. 80). Dále zmíníme dokument *Gaudium et spes*, encykliku Pia XI. *Casti connubini*, encykliku Pavla VI. *Humanae vitae*, apoštolský list Jana Pavla II. *Familiaris consortio*. Opět opakují, že člověk ve světle víry poznává Boží záměr, který rozhodně není pro ničení stvořeného a naopak je pro rodinu a děti.

S existencí indukovaných potratů se setkávaly všechny národy a kultury odpradávná, nevyhnuly se prostě ani křesťanům. Nahlédneme-li do historie církve, do období prvních koncilů 2.- 6. století, najdeme pro tehdejší dobu standardní postup v případě, že žena ukončila těhotenství úmyslně potratem. Takřka až do 19. století jí hrozila exkomunikace z církve, veřejné pokání, půst o chlebu a vodě po dobu třech let. Jaká biblická či jiná tvrzení sloužila jako argument pro takový trest? Přestože mnohá doporučení Boha ve Starém zákoně je nutno chápat v souvislosti s dobou vzniku, existují na druhé straně tvrzení, která mají všeobecnou platnost dodnes a lze je aplikovat na všechny nepřirozené zásahy do řádu. Máme tím na mysli zejména vyvolení člověka Bohem. Člověk je středem všeho stvoření. Je Bohem chtěný od počátku, vyvolený od počátku stvoření. Podklad nám poskytne již kniha *Genesis*: „*Bůh stvořil člověka, aby byl jeho obrazem, stvořil ho, aby byl obrazem Božím, jako muže a ženu je stvořil*“ (Bible, 1985, s. 26-27). Kdybychom hledali dále, došli bychom ke knize Exodus, kdy závaznost přikázání „Nezabiješ“ se podle magisteria církve vztahuje i na počínající život. Katolický katechismus uvádí v návaznosti na nauku sv. Tomáše Akvinského o vdechnutí duše závěr II. Vatikánského koncilu, kde se hovoří o jednotě těla a duše od počátku. Tělo je nemyslitelné bez duše, duše bez těla (Feldmann, 1999, s. 96).

Katolická církev má tedy pro svá východiska k UPT teologické argumenty, vychází z tradic, přirozeného zákona, přirozené mravnosti. V katechismu vyslovuje obavy z četnosti umělého přerušení těhotenství (Feldmann, 1999, s. 286).<sup>15</sup> Hovoří přímo o zlu „potratů“, o neustálém růstu smýšlení, které je nepřátelské početí. V dnešní církevní praxi pak věřící ženy, které podstoupily umělé přerušení těhotenství, musí přistoupit ke svátosti smíření. Její provedení je svěřeno jen vybraným kněžím v diecézi, kteří doporučí ženě pokání. Nejčastěji duchovní obnova na vybraném poutním místě. Přičteme-li k tomu, že církev nedoporučuje jinou metodu plánovaného rodičovství než využití přirozeného cyklu plodných a neplodných dnů ženy, že tradičním cílem manželství je rození potomstva, pak se musíme ptát, jaká je závaznost pro věřící ženu dodržovat taková opatření, která se mohou zdát pro běžnou sekularizovanou společnost řekněme obtížně splnitelná a pro ženu značně omezující.<sup>16</sup> Tady ale musíme učinit několik poznámek. Jednak předkládáme dosud oficiální přístup katolické církve a je jasné, že církev jako vysoká morální autorita ve společnosti nemůže z těchto zásad ustoupit, její principy musí být normativní. Vychází z tradic, z určujících biblických poselství.

<sup>15</sup> V kategorizaci katolické církve se objevuje pojem přímý a nepřímý potrat, stejně jako v bioetice.

<sup>16</sup> II. Vatikánský koncil k tomuto cíli připojuje jako rovnocenný cíl personální jednoty lásky dvou partnerů (Ondok, 1999, s. 70).

To, co může pro jednoho představovat diskriminaci, je pro druhého norma, či doporučující pravidlo. Navíc věřící ženy prezentují logicky jiný životní styl i systém hodnot, kde lidský život je na nejvyšším žebříčku. Ale pastorační praxe představuje pak druhou rovinu problému. Ne všechny ženy v církvi jistě akceptují oficiální církevní nařízení včetně zákazu antikoncepce či UPT, ať jsou jejich důvody jakkoli závažné. U nás není zpracována statistika, která by ukázala konkrétní stav, ale že k UPT u žen věřících dochází, dosvědčují i pokání. Připojíme-li závěrečné shrnutí, tak ženy by se měly doporučením co nejvíce přiblížit, ale především doporučení jsou vedena k povinnosti řídit se svědomím, které je nejvyšší instancí morálního rozhodování, stejně jako důležité poselství o ospravedlnění, milosti pro hříšníky (Ondok, 1999, s. 71, Feldmann, 1999, s. 174). Církev tedy striktně odmítá umělá přerušování těhotenství jako aktivní usmrcování počínajícího života. Jedinec podle církve odmítá přijetím dítěte nejvyšší hodnotu, dar a konečně i milost Boha.

## 5.4 Psychologické hledisko k umělému přerušování těhotenství

Hodnotíme-li psychologické přístupy k UPT, tak nejdříve je třeba zdůraznit svobodné rozhodnutí ženy o svém mateřství - žena se musí rozhodnout pro přijetí či odmítnutí mateřství. Při nesprávné volbě či za působení celé řady dalších faktorů, např. psychická predispozice ženy, se může rozvinout tzv. postinterrupční syndrom (obecně pro všechny potraty „postabortivní syndrom“) u žen, u narozených nechtěných dětí pak hrozí reálné nebezpečí psychické subdeprivace. Primární prevence v případě psychologů tedy znamená, minimalizovat problémy hned na začátku, aby k žádné deprivaci či rozvinutí syndromu vůbec nedošlo.

K ilustraci problematiky nechtěných dětí určitě poslouží studie a podložené výzkumy psychologů Matějčka a Langmeiera. Jedním z nich je dlouhodobý výzkum, sledující nechtěné narozené děti. Výzkum začal v 9. letech věku dětí (Matějček, 2005, s. 200-207). Jednalo se o děti žen z 60. let, kterým byla zamítnuta interrupční komisí možnost podstoupit UPT. Od počátku tedy převažoval odmítavý postoj k dítěti či odmítavý postoj k otci dítěte, dalšími negativními činiteli bylo mimomanželské narození či rodič alkoholik. Zvlášť výrazné obtíže zaznamenal pak výzkum u chlapců, kteří měli problémy s maladaptací, úzkostí, sociální labilitou a počáteční biologická nedůvěra matky v mateřství u nich přerůstala v emoční labilitu či nedůvěru k mužům. Dalšími výzkumy dětí v dětských domovech, rodinách alkoholiků pak dokládají nutnost symbiózy biologického a psychologického mateřství. Tyto poznatky sice bezesporu vstoupily v lidské podvědomí a nikdo nepochybuje o tom, že jsou podstatné a platné, nicméně v praxi nastanou případy, kdy žena přirozeně bude chránit dítě a identifikovat se s mateřstvím, na druhé straně v pozadí může skrývat nejistoty, napětí, pochybnosti o svém rozhodnutí, které pramení z neobvyklosti situace.

V otázce mateřské a rodičovské identity žen se velmi často také diskutuje otázka probuzení mateřského citu v průběhu těhotenství či krátce po narození dítěte. Znamená to, že původně nechtěné děti jsou nakonec přijaty se vši láskou a úctou. V mnoha případech to tak bývá. Ale někdy paradoxně ženy utíkají před výčitkami svědomí, chtějí omluvit svůj prvotní úmysl – podstoupit UPT, a tak narozenému dítěti kompenzují své dřívější pochybnosti.

To může vést až k úzkostné, protektivní výchově matek. Děti jsou přesycovány pozorností matek i v době, kdy se již potřebují osamostatnit. U dětí může dojít k úzkostným poruchám, neurózám (Matějček, 2005, s.365-366). Nechceme tím určitě říci, aby se nerozhodné matky přiklonily k UPT, ale naopak. Psychologové i tady mohou ženám pomoci. Nejspolehlivější metodou je preventivní pozornost, důležitost proklamovaných zásad o přijetí sebe, což vede i k následnému pozitivnímu přijetí druhých, v našem případě narozených, zprvu nechtěných dětí.

Řekli jsme si zatím o psychické subdeprivaci nechtěných dětí, o problému, se kterým se psychologové potýkají. Ale ženy jsou po umělém přerušení těhotenství především ohroženy tzv. postinterrupčním syndromem (Černý, 2003, s. 12). Záleží především na psychice ženy, na důvodech k provedení zákroku, také však na rychlosti provedení zákroku. Pokud se žena snaží vyřešit problém nechtěného těhotenství brzy po vynechání menstruace, vybuduje-li si jistotu svého rozhodnutí o UPT včas, pak nedochází k rozvinutí syndromu. Nezáleží někdy na tom, že žena je včas a vhodným způsobem seznámena se všemi okolnostmi k UPT, ve hře zůstává mnoho dalších faktorů. Objevují se okolnosti, které mohou přistupovat k napjatému, nevyrovnanému stavu žen po UPT. Negativní psychické následky ovlivňuje sociální prostředí žen, někdy ostrá kritika společnosti, zlomyslnost, nevhodné chování zdravotního personálu, dále napětí a očekávání v době před zákrokem, obava z prozrazení, obava z budoucnosti, nesouhlas partnera nebo někdy náhle probuzené potřeby rodičovství právě po UPT. Z praxe jsou známy především pocity úzkosti a viny, frustrace, někdy sekundární frigidita a sekundární anorgasmie, narušené sociální vazby. Ve vážných případech je duševní život ženy ohrožen, smutek je ochromuje v běžných povinnostech, nepomůže jim rozumové zdůvodnění jejich rozhodnutí (Freed, 2008, s. 17-20).

Tyto zkušenosti tedy dokreslují, co vše může nesprávná volba ženy způsobit. Navíc řada těchto rozhodnutí je formována v mnohem širším společenském zázemí, podléhá určitému vnějšímu tlaku, a tak je logické, že odpovědnost kladena na ženu je velká.

## 5.5 Právní hledisko k umělému přerušení těhotenství

Je známou skutečností, že pokud není v některém státě umělé přerušení těhotenství legalizováno, přichází na řadu potratová turistika do zemí, které UPT provádějí, nebo kriminální, laické zákroky. Ty nepochybně představují vyšší riziko pro ženu. Nejčastějšími komplikacemi, které mohou nastat, jsou infekce, nadměrné krvácení, intoxikace způsobené vstříkáváním mýdlových nebo saponátových roztoků do dělohy, blokáda ledvin, septické stavy. Stejně tak jsou ženy následně ohroženy sterilitou či infertilitou.

Odborně provedené UPT radikálně snižuje počet takových komplikací, i když je některé úplně nevylučuje. Můžeme říci, že správná míra legalizace umělého přerušení těhotenství představuje pro společnost výhodu ve smyslu větší kontroly a hlavně ochrany zdraví žen. Otevírá se zásadní otázka- jak je to s právy žen a právy nenarozených dětí? Nejen etika říká, že život je hoděn ochrany již před narozením. Právní závaznost tohoto etického požadavku již

formuluje Listina základních práv a svobod, která je součástí Ústavy české republiky.<sup>17</sup> Ovšem prvotní jednoznačnost a obecnost formulace je dále interpretována s ohledem na další ustanovení a zákony. Je-li tedy někdo zbaven života v souvislosti s jednáním, které podle zákona není trestné, nejedná se pak o protiprávní jednání. V našem případě je zaručena beztrestnost ženy, která legálně podstoupila UPT.<sup>18</sup> Jedná-li se ovšem o nenahlášený, kriminální potrat, který provádí někdo jiný než smluvní zdravotnická zařízení, zákon hovoří o nedovoleném přerušení těhotenství a trestní odpovědnost nese osoba, která zákrok prováděla.

Z hlediska práva v pozadí stále zůstává otázka, zda je živý plod součástí těla matky, zda je chráněn prostřednictvím matky. Tady odpověď dává jen morální norma. Matka přirozeně chrání od počátku nenarozené dítě, v mateřství se naplňuje její psychická potřeba, přesto lze pochopit i mimořádné napětí, které běžně žena prožívá, rozhodne-li se z různých důvodů k UPT. Ale výše zmiňovaný paragraf z Listiny základních práv a svobod o právu na život již před narozením neřeší konflikt mezi matkou a nenarozeným dítětem.

Důležité právní dokumenty k UPT jsme již zmiňovali v kapitole „Legislativu UPT“, přesto se ještě na závěr vrátíme k poslednímu z nich, a sice k zákonu č.66/1986 Sb. V roce 2003 přichází skupina poslanců za KDU-ČSL (Jiří Karas, Jan Kasal a Petr Pleva) s návrhem na jeho zásadní změnu- požadují zrušení UPT. Návrh byl sice zamítnut hned v prvním čtení ve sněmovně, ale rozpoutal nové diskuse o UPT. S postoji poslanců KDU většina nesouhlasila. Křesťanští poslanci předkládali argumenty, které většinou prezentuje katolická církev (za počátek života je považováno spojením dvou gamet, plod je ve věku 12 týdnů již plně vyvinutý, přesto je usmrcen). Podle nekřesťanských poslanců zákon stimuluje sociální chování společnosti, počet interrupcí neroste a restriktivní opatření v oblasti UPT nic nevyřeší. Za nebezpečné považovaly tyto návrhy také feministické organizace a hnutí Gender Studies. Náprava v oblasti UPT se tedy poslancům KDU nezdařila (Dudová, 2012, s. 97-105).

Nesmíme zapomenout na zdravotnickou reformu ministra Tomáše Julínka v roce 2008. Patří k ní debata o možnostech legálních interrupcí i pro cizinky, které nemají v ČR povolení k trvalému pobytu. Je zajímavé, že návrh vůbec neprošel diskusí v poslanecké sněmovně, přestože Julínek upozorňoval na nesouhlas české legislativy k UPT s evropským právem (Julínek, 2008). Je tedy možné, že do diskusí o UPT bude muset naše legislativa znovu vstoupit, aby předešla silnějším projevům nevůle ze strany EU o diskriminaci cizinek, i když tvorba zákonů v oblasti interrupcí je kompetencí jednotlivých států (Dudová, 2012, s. 107 - 108).

Zbývá nám zmínit nedovolené zásahy UPT, které zákon z roku 1961 připomíná v § 227 trestního zákona. Podle něho tedy, (1) kdo těhotné ženě pomáhá nebo ji svede k tomu, aby:

- a) své těhotenství sama uměle přerušila, nebo
- b) jiného požádala nebo jinému dovolila, aby ji bylo těhotenství uměle přerušeno jinak než způsobem přípustným podle zákonných předpisů o UPT, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.

<sup>17</sup> Listina základních práv a svobod, hlava II., odst. 1, věta druhá - Lidská práva a základní svobody.

<sup>18</sup> Protiprávní jednání se vylučuje v případě dovoleného umělého přerušení těhotenství, podle zákona ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství a vyhlášky č. 75/1986 Sb., která jej provádí.

(2) Odnětím svobody na jeden rok až pět let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví nebo smrt (Černý, 2003, s. 55-56, Sbírka zákonů Československé socialistické republiky, 1961, § 227).

Co říci závěrem? Právo znamená minimum morálky. Ne všechna morální přestoupení právo postihuje, navíc životní situace jsou velmi variabilní. V našem případě zákony vymezují v souvislosti s UPT ty nejobecnější principy, a ke každému jednotlivému případu je vždy třeba přistupovat individuálně.

## 5.6 Závěrečné zhodnocení daných hledisek

I když vskutku pochopíme všechna výše uvedená východiska při přístupu k UPT, bývá cesta ke konkrétnímu rozhodnutí většiny žen jistě obtížná. V řadě případů jde o složité situace, neboť je žena při rozhodování limitována přísně časově a v různé míře zdravotně, její rozhodnutí obráží celý komplex osobnostních problémů. Tady ještě doplníme, že rozdíl bude určitě mezi ženou, která podstupuje UPT z důvodů zdravotních, dále ženou, které selhala antikoncepce jako metoda plánovaného rodičovství a konečně ženou, pro niž je těhotenství překážkou kariérního růstu. Zůstává otázkou, jaká východiska a doporučení lze aplikovat na jednotlivé případy. Přikláníme se k lidskosti, porozumění, pochopení situace ženy, neboť nelze ani vysledovat počet proměnných, které mohou do rozhodnutí vstoupit. Je jisté, že diskuse k UPT budou pokračovat, budou se vyvíjet. Také akceptujeme, že celá problematika je velmi citlivá a skutečně se odvíjí nejen od lékařského, ale i morálního, náboženského, psychologického a právního kontextu. Většina diskusí je pak vedena snahou odůvodnit, odkdy je plod hoden ochrany, zda od okamžiku početí, splnutí dvou gamet či nidace plodu.

Shrňme-li všechny argumentace, tak nejprve je třeba říci, že diskuse stále pokračují a z nových studií vyrůstají nové poznatky. Lékaři považují UPT za případ tzv. krajní nouze žen, ne jako prostředek plánovaného rodičovství. Etické i náboženské diskuse se shodují v nutnosti chránit lidský plod ještě před narozením. S otázkami rodičovství přicházejí psychologové. Hovoří o tom, že ženy mají přirozenou potřebu mateřství i rodičovství, ale nechtěné těhotenství je jednak spojeno s potížemi ženy jednak s těhotenstvím samotným, rovněž s přijetím dítěte po narození. Psycholog Zdeněk Matějček sledoval v 60. letech na vybraném vzorku dětí z prokazatelně nechtěných těhotenství u žen, kterým interrupční komise zamítly žádost o interrupci, chování těchto dětí a následné subdeprivace těchto dětí (Matějček, 2005, s. 205-207).

## Kapitola 6

### 6 Postoje vysokoškolských studentů k umělému přerušení těhotenství

#### 6.1 Sběr dat a metodika

Jedním ukazatelem v rámci sledovaných analýz o UPT bylo zjištění názorů a postojů studentů vysokých škol (Příloha 5). Při posuzování a zpracovávání takového společenského jevu, jakým je umělé přerušení těhotenství, je dobré také vycházet z připravených konkrétních dat. Cílem je posílit okruh vlastních zdrojů pro práci, zahrnout aspekty a názory těch, kteří jsou ve věku, kdy vstupují do života s partnerem či zvažují manželství, svoji profesní kariéru, ale mají již v mnoha případech potřebu mít děti. Jakým způsobem se staví k UPT, jak ho zpravidla chápou či rozlišují různé okolnosti, přistupující k umělému přerušení těhotenství, může odkazovat na jejich hodnotové postoje i na jejich prokreační chování. Ke všem těmto faktorům přistupuje snaha této práce neomezit se pouze na statistické ukazatele.

Šetření bylo prováděno formou dotazníku, zpracovaného na gmailu. Při vyhodnocení dotazníku byla použita elektronická metoda pomocí aplikace Google docs. Internetový odkaz na dotazník byl umístěn na sociální síti. Odpovědi se automaticky zaznamenávaly do tabulek a grafů. Takto připravené materiály umožnily další analýzy. Tyto analýzy jsou prezentovány rovněž ve vlastním grafickém vyjádření, a to v několika fázích. Nejprve byla shrnuta data šetření u všech respondentů. V kategorii 1, kde jsou porovnávána data mužů a žen, jsou výsledky převedeny do grafů, které poskytují lepší přehled k uchopení dat. Stejný postup byl uplatněn u kategorie 2 – porovnání respondentů s partnerem a bez partnera.

Vlastní dotazník obsahoval 12 otázek. Prvních šest otázek směřovalo k osobním údajům respondentů (pohlaví respondenta, zaměření studia, současný stav s partnerem či bez partnera, rodinný stav, zastoupení krajů a počet dětí). Zbývajících šest se již týkalo samotného tématu umělého přerušení těhotenství (jaký podíl respondentů by zvažoval UPT v případě neplánovaného těhotenství, jakou míru provinění by respondenti UPT přisoudili, za jakých podmínek považují respondenti UPT za ospravedlnitelné, psychologický dopad UPT na ženu, jak je hodnocen počet UPT v ČR a souhlas či nesouhlas s legalizací v ČR). Při zpracování dotazníku, konkrétně u otázek 7-12, jsou navíc zařazeny dvě kategorie výzkumu. V 1. kategorii jsou porovnávány odpovědi mužů a žen, ve 2. kategorii odpovědi respondentů s partnerem a bez partnera.

Všechny otázky v dotazníku měly uzavřenou formu. Většina otázek vyžadovala pouze jednu odpověď, výjimkou byla Otázka 2 („Jaké je zaměření Vaší vysoké školy“?) a Otázka 8 („Za jakých podmínek považujete UPT za ospravedlnitelné?“), kde bylo možno zaškrtnout i více odpovědí.

Kapitola je shrnuta závěrečnou analýzou sebraných a připravených dat.

## 6.2 Souhrnná data dotazníkového šetření u všech respondentů

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 108 respondentů, z toho 37 mužů, což představovalo 34 % z celkového počtu, a 71 žen, tj. 66 % všech respondentů. Nejvíce respondentů studuje vysoké školy přírodovědeckého zaměření, a to 28 %. Téměř stejný procentuální výsledek (27 %) se ukázal u studentů technického a humanitního zaměření. Z dotazníku dále vyplynulo, že 17 % respondentů má ekonomické zaměření studia. Nejméně (tj. 10 %) respondentů označilo lékařské či pedagogické vzdělávání. V této druhé otázce („Jaké je zaměření Vaší vysoké školy“?) byla možnost zaškrtnout i více odpovědí.

Obecně lze dále shrnout, že 62 % respondentů má v současné době partnera (partnerku) a 38 % žije bez partnera. Celkem 98 % respondentů je svobodných, 2 % uvádí rodinný stav vdaná (ženatý), nikdo pak není ovdovělý nebo rozvedený. Respondenti jsou v převažující míře bezdětní (98 %), jen 2 % z nich má shodně dvě děti.

Vymezili jsme zastoupení krajů, tedy oblastí, odkud respondenti pocházejí. Jihočeský kraj zastupuje 58 % respondentů, dalších 26 % z celkového počtu krajů hlavní město Praha. Dále z Plzeňského kraje je 6 % respondentů, z Ústeckého 4 %, z Karlovarského 3 %, ze Středočeského 2 % a z Jihomoravského pouze 1 %. Ostatní kraje zastoupeny nejsou.<sup>19</sup>

K pochopení postojů studentů bylo nutno hledat odpověď na otázku, kdo by zvažoval UPT v případě neplánovaného těhotenství. Zatímco nejvíce respondentům záleží na okolnostech k UPT (40 %), překvapivé procento respondentů (37%) by UPT nezvažovalo vůbec, ale již 22 % ano. Pouhé 1 % dotazovaných neví.

Rozhodujícím principem lidského rozhodování by mělo být svědomí, jež odpovídá na otázku, co je dobré a co zlé, a určuje míru provinění v našem jednání. Sledovali jsme tedy praktický dopad tohoto obecného tvrzení a aplikovali při zjištění, zda vůbec respondenti přikládají provedení UPT určitou míru provinění.<sup>20</sup> Tady by odborníci v etice jistě stáli před dilematem, neboť pro etiku existuje malé množství alternativ či indikací pro UPT.<sup>21</sup> Chápe-li tedy „pouhých“ 31 % respondentů UPT jako těžké provinění, je to pro etiku číslo malé. Pro 13 % respondentů je UPT velmi těžkým proviněním, neboť jde o vraždu nenarozeného dítěte. Lehkou míru provinění udává 20 % a těch, co neví, je 21 %. 15 %

<sup>19</sup> Skutečnost, že respondenti z Jihočeského kraje a Prahy jsou zastoupeni více než ostatní, se odvíjí od prostého faktu- pocházím z Jihočeského kraje a studuji v Praze. Proto tyto respondenti byli osloveni nejvíce. Oslabení ostatních krajů v dotazníkovém šetření však nesnižuje hodnotu a užitek celé práce. Reprezentativní vzorek respondentů je pro účely práce vyhovující.

<sup>20</sup> Pokud těhotenství končí umělým přerušením a nejsou-li k tomu závažné důvody, ozývají se stále ve společnosti přirozeně hlasy proti, hovoří se právě o vině, náboženské společnosti mluví o hříchu.

<sup>21</sup> Bioetika hovoří také o zdravotní, eugenické, kriminologické a sociální indikaci UPT. Přičemž upřednostňuje v případě sociální či kriminologické indikace adopci dítěte (Ondok, 1999, s. 83).



respondentů přichází s tvrzením, že UPT není žádné provinění, neboť embryo ještě nelze považovat za člověka.

Další zjišťování se v principu vztahuje k předchozí etické otázce, neboť stanovuje určité podmínky, za kterých lze považovat umělé přerušení těhotenství za ospravedlnitelné. Zde byla nabídnuta respondentům možnost více odpovědí. Vážný defekt plodu byl chápán za nejospravedlnitelnější důvod k UPT (89 %), stejně jako vážné ohrožení zdravotního stavu ženy bylo označeno v 84% za ospravedlnitelné řešení k provedení UPT. Zajímavým ukazatelem je kriminologické hledisko - znásilnění, kdy taktéž vysoké procento (81 %) by souhlasilo s UPT. Rovněž se prosadilo hledisko sociální nouze partnerů (46 %), jiné důvody jako ospravedlnitelné řešení uvádí 14 %. Pro pouhých 4 % je UPT eticky nepřijatelné a 3 % respondentů neví, jak naložit s pojmem ospravedlnitelnost UPT.

Vysoké procento respondentů (57 %) se domnívá, že UPT má psychologický dopad na ženu. Psychologickým dopadem zde míníme výčitky a psychické potíže žen po UPT. 38 % respondentů si myslí, že záleží na důvodech, kvůli kterým žena UPT podstoupila. Těch, kteří nedokážou posoudit psychologické dopady UPT na ženu, jsou 3 %. Pouhé 2 % uvádí, že žena se s UPT vypořádá bez problémů.

Nejpočetnější skupina respondentů (49 %) nepovažuje počet UPT za alarmující či ohrožující skutečnost pro současnou českou populaci. Dá se zde hovořit o vysoké rozdílnosti stanovisek. Opačný názor, vyjadřující ohrožení společnosti, sdílí pouhých 12%. Pasivních zůstává 39 % respondentů, to jsou ti, kteří nedokáží posoudit, zda je četnost UPT vysoká nebo nízká.

Bez zajímavosti nejsou odpovědi, týkající se názoru na současnou podobu legalizaci UPT. V tomto smyslu sdílí 76 % respondentů souhlas s legislativou, 19 % by volilo UPT jen v případě ohrožení zdravotního stavu ženy či defektu plodu. 5 % dotazovaných neví, jak by se rozhodli. Respondenti však vůbec neuvádějí, že by UPT zakázali.

### **6.3 Názorová rozdílnost v postojích mužů a žen k umělému přerušení těhotenství**

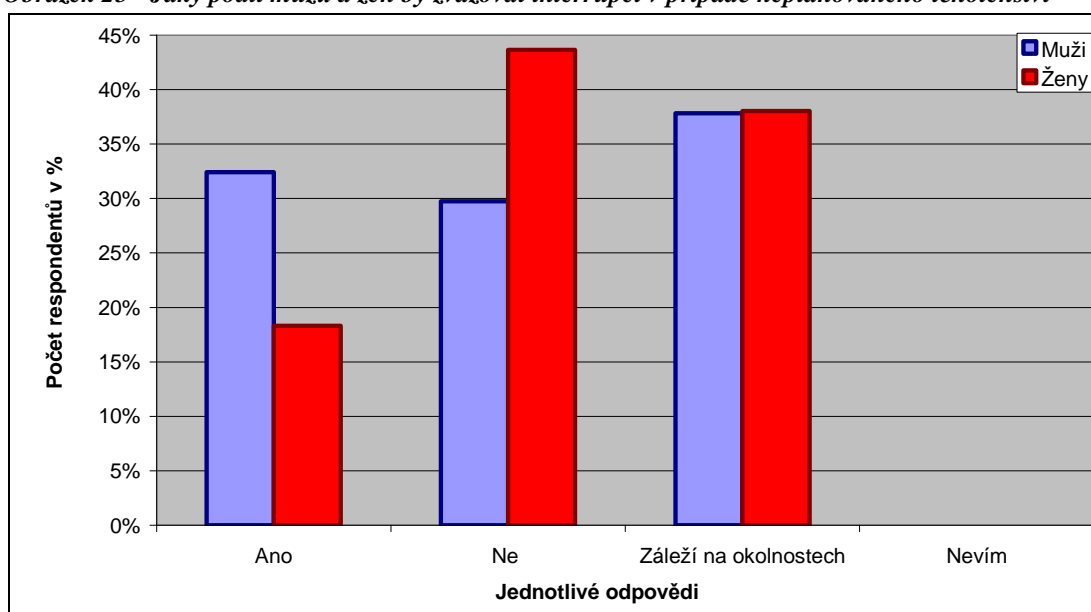
Problematika postojů k UPT je dále sledována z pozice mužů a žen (procenta počítána odděleně pro muže a ženy), kdy jsou výsledky mezi sebou vzájemně porovnávány (aplikováno na otázky 7 až 12) a v závěru této kapitoly interpretovány.

Nesouhlasné postoje k UPT v případě neplánovaného těhotenství vyjadřuje 44 % žen, pouze 30% mužů (obr. 25). Muži více souhlasí (32 %) s interrupcí než ženy (18 %). Muži i ženy vykazují překvapivou shodu, když konsensuálně připouští (38 %), že záleží na okolnostech, které indikují UPT. Za rozdílnými postoji mezi muži a ženami při rozhodnutí o UPT může být skryta řada ekonomických, etnických, náboženských či socio-kulturních příčin, které vlastně byly jen obsahem podotázky „rozhodnutí záleží na okolnostech“. Ale obecně vzato ženy více zvažují rizika a následky takového rozhodnutí, neboť se jich logicky více týká.

Souvislost s mírou provinění v případě UPT (obr. 26) není jistě náhodná, neboť povolení UPT státem bylo i v minulosti otázkou kontroverzní s ohledem na lidská práva a ochranu práv

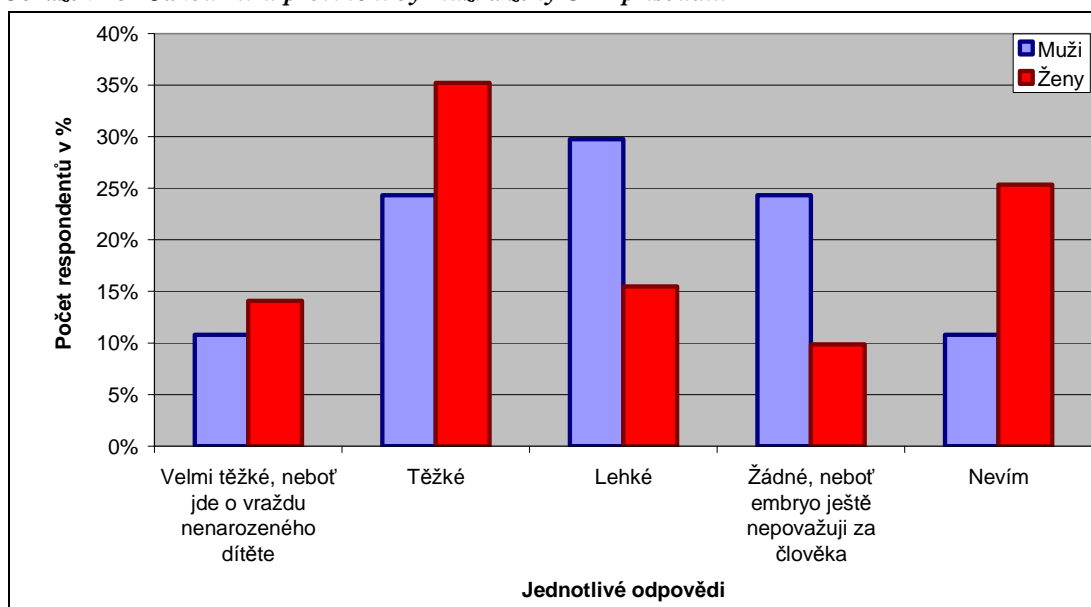
nenarozeného dítěte a vedou se diskuse dodnes. Stejně proti UPT často silně intervenují církve a související právní předpisy jsou jimi vystaveny ostré kritice. Přesto pouze 14 % žen přisuzuje UPT velmi těžkou míru provinění, neboť se jedná o vraždu nenarozeného dítěte (ve srovnání 11 % mužů). Ale zanedbatelné nejsou další odpovědi, které označují UPT jako těžké provinění. Vysoké procento žen (35 %) označuje těžkou míru provinění, současně již 24 % mužů. U mužů převažuje názor, že UPT je lehkou formou provinění (30 % mužů), ale jen 15 % žen posuzuje UPT stejně. Žádnou míru provinění nespátňuje v UPT 24 % mužů a 10 % žen, neboť embryo ještě nepovažují za člověka. Dále 25 % žen a 11 % mužů stojí před otázkou, zda vůbec hodnotit UPT jako vinu. V této části výzkumu tedy nedochází ke konsensu mezi muži a ženami, výklad provinění za podstoupení UPT ze strany žen má více charakter „proetický“.

**Obrázek 25 - Jaký podíl mužů a žen by zvažoval interrupci v případě neplánovaného těhotenství**



**Zdroj:** Vlastní výpočty

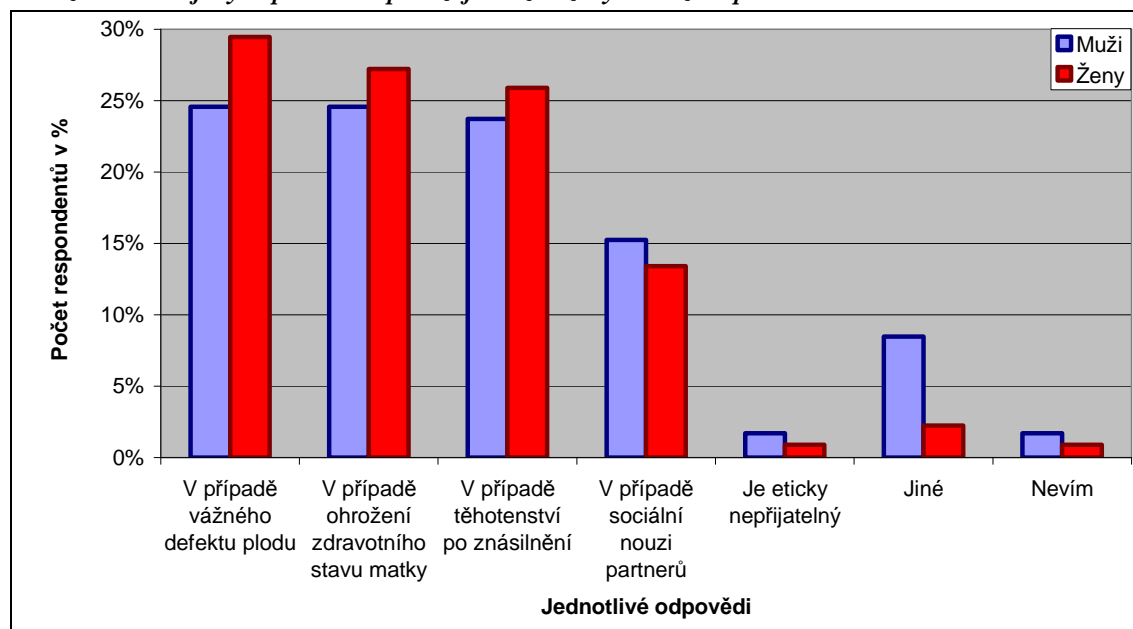
**Obrázek 26 - Jakou míru provinění by muži a ženy UPT přisoudili**



**Zdroj:** Vlastní výpočty

Často protikladné hodnocení „míry provinění UPT“ ze strany mužů a žen se stírá v posouzení „ospravedlnitelnosti“ daného zákroku (obr. 27). Ženy jen o něco málo převyšují muže v kladných odpovědích, když považují umělé přerušování těhotenství za ospravedlnitelné v případě vážného defektu plodu (29 %, u mužů je to 25 %), v případě ohrožení zdravotního stavu ženy (27 %, u mužů opět 25 %), v případě těhotenství po znásilnění (26 % a 24 % u mužů). Je tak zdůrazněna rovina zachování psychického i fyzického zdraví ženy i plodu jako významné hodnoty. Odkaz na případ sociální nouze partnerů, jako důvodu k ospravedlnitelnosti UPT, odhaluje již menší ztrátu oproti předchozím ukazatelům (volba pro 15 % mužů a 13 % žen, přičemž tedy muži převažují). Skutečně výrazný propad zaujímá přesvědčení, že UPT je eticky nepřijatelné (2 % mužů, 1 % žen). Tyto aspekty odkazují k tendenci, že ženy stejně i muži převážně neodsuzují provádění umělého přerušování těhotenství, je-li vykonáno z výše uvedených důvodů. Mohou nastat i jiné okolnosti k UPT, které jsou ospravedlnitelné pro 8 % mužů a 2 % žen. Symbolická 2 % mužů a 1 % žen neví, jaké by mohly nastat podmínky k ospravedlnitelnosti.

**Obrázek 27 - Za jakých podmínek považují muži a ženy UPT za ospravedlnitelné**

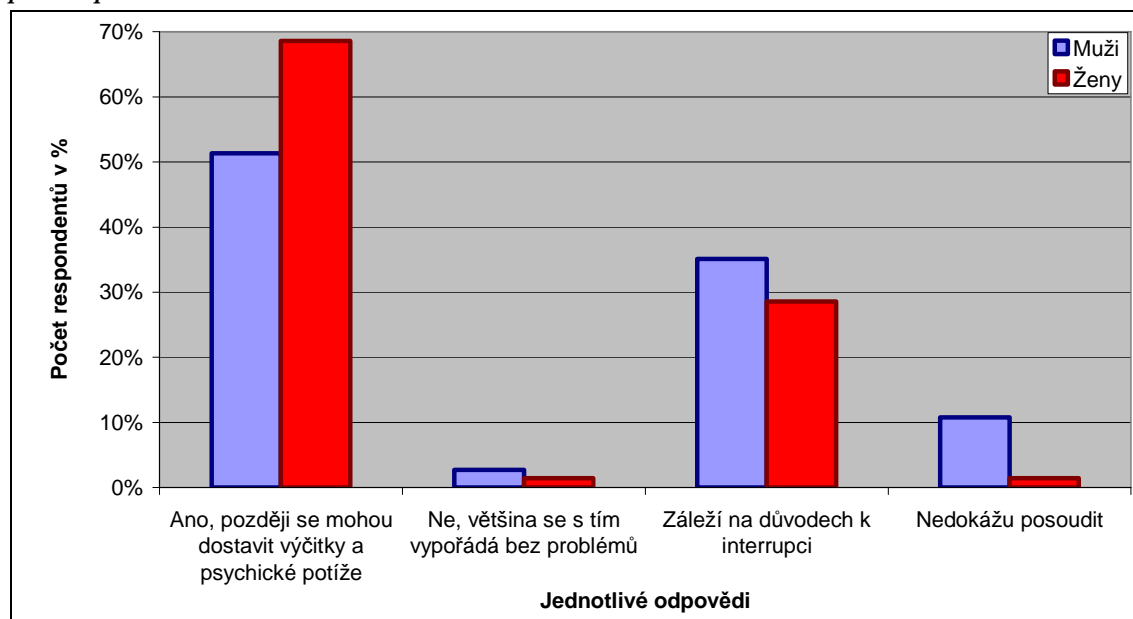


**Zdroj:** Vlastní výpočty

Pozornost v souvislosti s daným tématem je zaměřena i na psychologický aspekt UPT (obr. 28). Podstatnými prvky daného aspektu jsou výčitky a případné psychické potíže, se kterými se musí žena po UPT vyrovnávat, a které vyplývají z biologických predispozic ženy. Analýza problému potvrdila, že zdaleka největší část žen připouští pozdější výčitky a psychické potíže, a to 69 % respondentek. Také muži v nadpoloviční většině (51 %) potvrzují možnost psychických obtíží po UPT. 35 % mužů a 29 % žen si myslí, že záleží na důvodech, které vedou k umělému přerušování těhotenství. Pouhá 3 % mužů a 1 % žen tvrdí, že pokud žena podstoupí umělé přerušování těhotenství, tak se s tím vypořádá bez problémů. Panuje zde takřka názorová shoda, i když se týká velmi malého procenta respondentů. Důsledky UPT na ženu nedokáže posoudit 11 % mužů a strohé 1 % žen. Při vzájemném

názorovém pronikání mužů a žen přisvědčují v této otázce více ženy psychologickému dopadu UPT. Muži zase jsou nakloněni názoru, že záleží na důvodech k UPT.

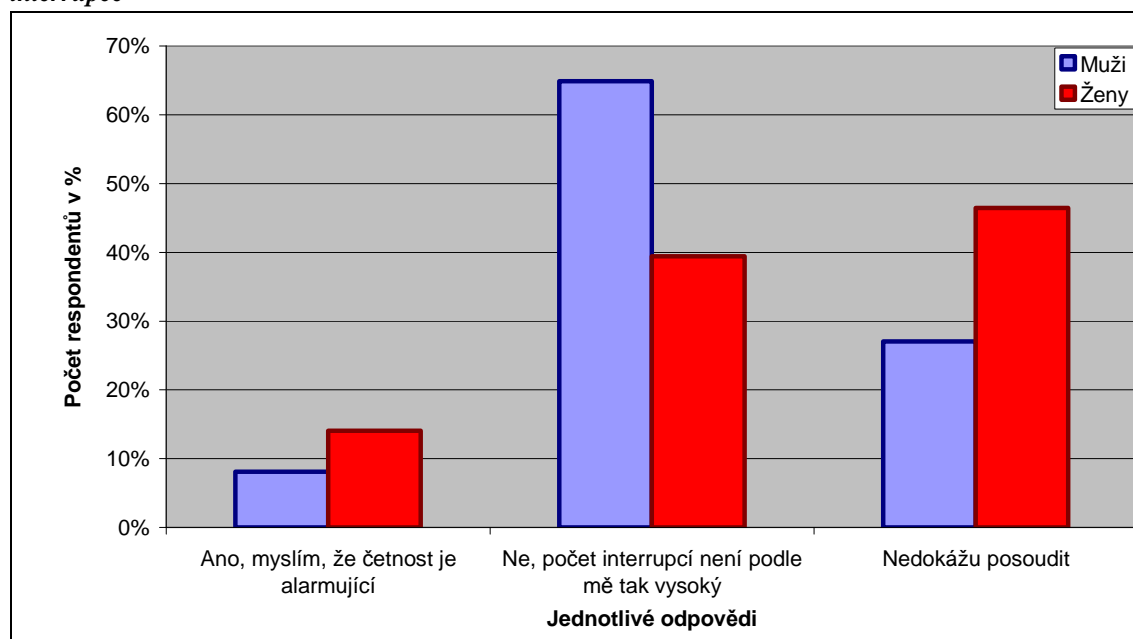
**Obrázek 28 - Podíl mužů a žen, kteří si myslí, že by UPT mělo psychologický dopad na ženu, která ho podstoupí**



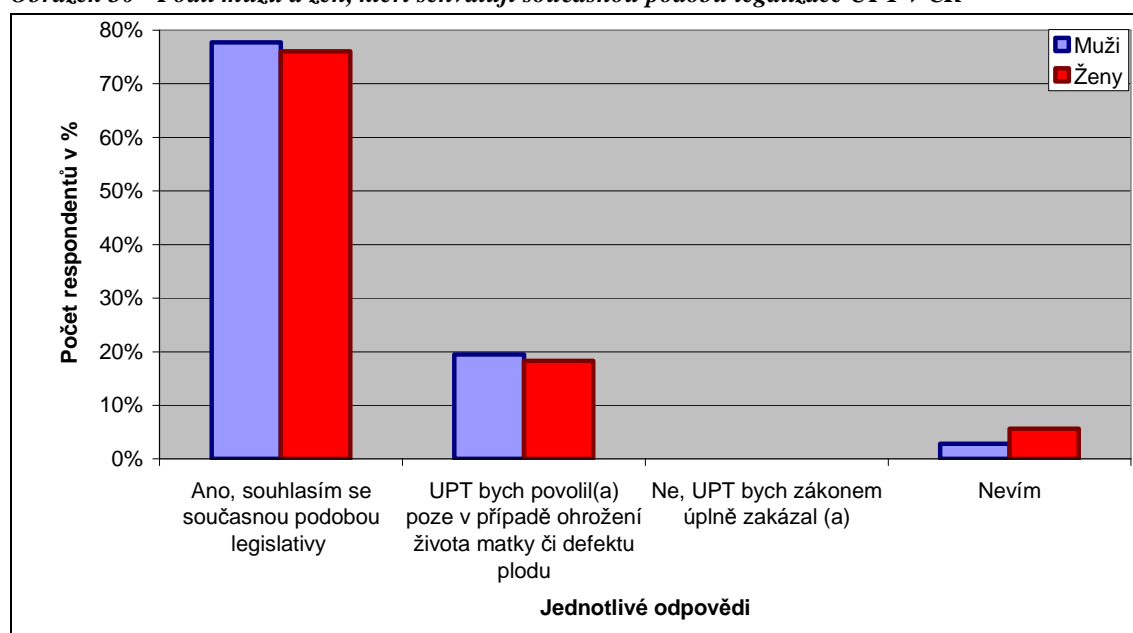
**Zdroj:** Vlastní výpočty

Představy, zda je počet UPT alarmující či ohrožuje početně současnou českou populaci (obr. 29), se poměrně různí, nepoměr mezi muži a ženami při posuzování četnosti UPT je zde už větší. 65 % mužů, ale jen 39 % žen, se přiklání k názoru, že není počet interrupcí tak vysoký, aby početně ohrožovaly současnou českou populaci. Opačný názor, považující počet UPT za alarmující, sdílí 14 % žen a 8 % mužů. Dost dobře nedokáže počet UPT posoudit 46 % žen a 27 % mužů.

Přirozeně se nabízí otázka, zda je respondenty schvalována současná podoba legalizace UPT (obr. 30). Odpovědi reprezentují spíše liberalistické postoje k UPT. V tomto ohledu není legalizace vystavena přílišné kritice či nesouhlasu. Můžeme tvrdit, že respondenti ze dvou třetin respektují legalizaci, druhotně právní úpravu UPT, která je určitě spojovacím článkem mezi společností a rozhodováním ženy. Muži i ženy, s nepatrným rozdílem, souhlasí se současnou podobou legalizace (muži souhlasí v 78 %, ženy v 75 %). Umělé přerušování těhotenství by pak umožnilo 19 % mužů a 18 % žen pouze v případě ohrožení života ženy či defektu plodu. Nikdo by však UPT zákonem nezakázal, přestože 6 % žen a 3 % mužů nemá jasno ve správnosti legalizace UPT. Získaný soubor dat nám umožňuje hlouběji proniknout do problematiky UPT. Přestože může být nahlíženo na UPT jako na vinu či dokonce jako na něco neospravedlnitelného, její legalizace je brána jako něco běžného, jako prostředek moderní ženy rozhodnout se o těhotenství. A v tomto se muži i ženy shodují.

**Obrázek 29 - Podíl mužů a žen, kteří si myslí, že je početně ohrožena současná česká populace četností interrupce**

Zdroj: Vlastní výpočty

**Obrázek 30 - Podíl mužů a žen, kteří schvalují současnou podobu legalizace UPT v ČR**

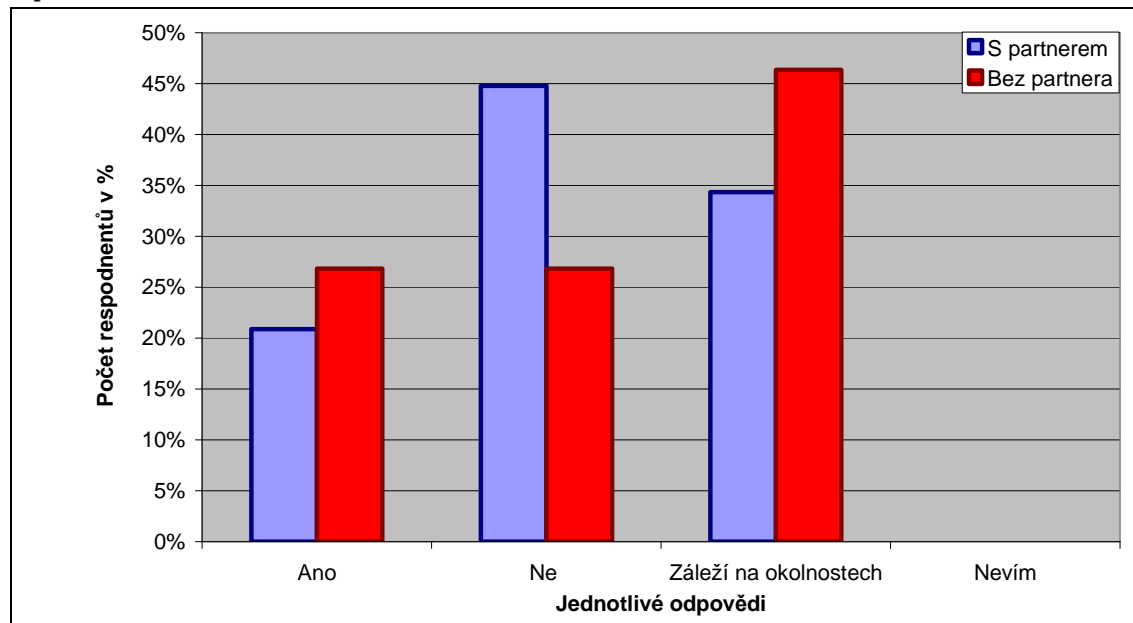
Zdroj: Vlastní výpočty

#### 6.4 Názorová rozdílnost v postojích respondentů s partnerem a bez partnera k umělému přerušení těhotenství

Samotné partnerství je bezesporu klíčovým prvkem při rozhodování o UPT (obr. 31). Partner může intervenovat do běhu událostí a může být oporou, a proto není překvapující, že ti, kteří mají partnera, by nezvažovali UPT z 45%, zvažovali jen z 20% a podřídili se okolnostem v 34% (procenta počítána odděleně pro respondenty s partnerem a bez partnera). Je pochopitelné, že ti, kteří žijí bez partnera, více zvažují UPT (27 %), méně souhlasí

s neplánovaným těhotenstvím (27 %) a více jim záleží na okolnostech vedoucích k UPT (46 %). Uvedené výzkumy dovolují formulovat partnerství jako důležitou podmínku zvládnutí neplánovaného těhotenství. Autonomie jedince je v tomto případě zpochybněna.

**Obrázek 31 - Jaký podíl respondentů s partnerem a bez partnera by zvažoval interrupci v případě neplánovaného těhotenství**



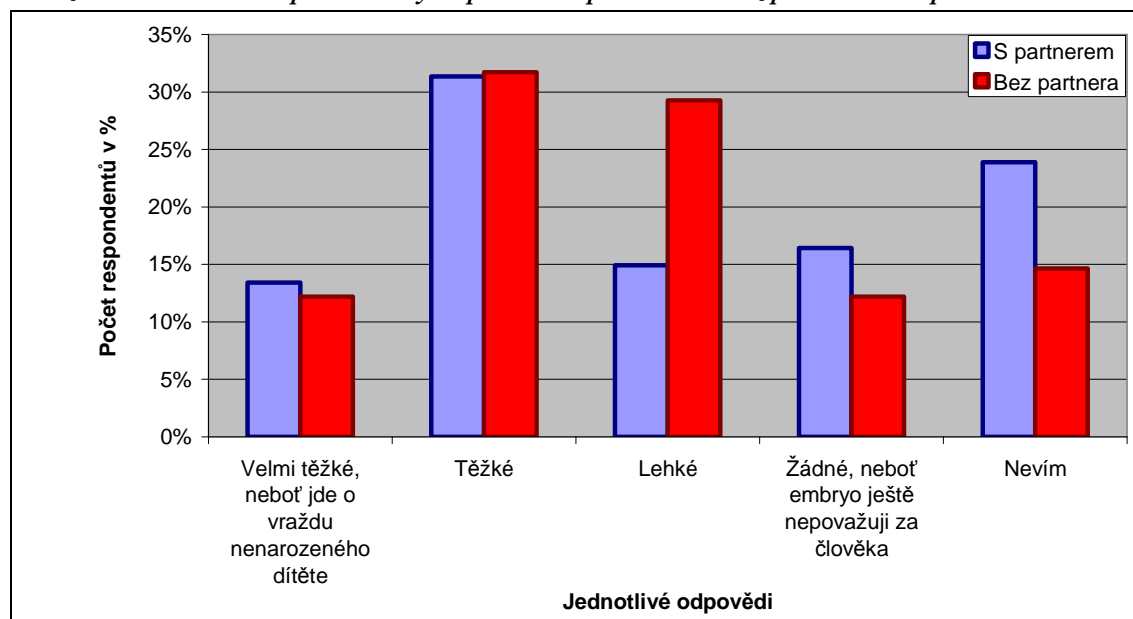
**Zdroj:** Vlastní výpočty

V rámci diskursu „UPT jako provinění“ (obr. 32) nevystupují respondenti s partnerem a bez partnera jako soupeři, když téměř v rovnováze hodnotí UPT jako těžké (31 % s partnerem a 32 % bez partnera) a velmi těžké provinění (13 % s partnerem a 12 % bez partnera). UPT jako těžké provinění u obou skupin dominuje. V rovině „lehké míry provinění“ dochází ke změně hodnocení (s partnerem 15 %, bez partnera 29 %). Do okruhu možná předimenzovaného morálního aspektu vstupují dále ti, kteří nepohlíží na UPT vůbec jako na vinu, neboť embryo ještě nepovažují za člověka. V tomto smyslu mírně vedou respondenti s partnerem (16 % nad 12%). Jistou nerozhodnost v odpovědích vykazuje 24 % respondentů s partnerem a 15 % bez partnera.

S jistou dávkou zjednodušení lze říci, že otázka ospravedlnitelnosti UPT (obr. 33) se stává vedlejším produktem otázky „provinění“. Navíc ve všech sledovaných kategoriích (souhrnné výsledky, muži – ženy, partnerem- bez partnera) je ospravedlnitelnost pojímána velmi podobně. Jako základní a ospravedlnitelná východiska k UPT lze shrnout: vážný defekt plodu (respondenti s partnerem 27 %, bez partnera 29 %), ohrožení života ženy (shodně 26 %), těhotenství po znásilnění (menší rozdíl u respondentů s partnerem 27 %, bez partnera 23 %). Kategorie „sociální nouze partnerů“ je také ospravedlnitelným důvodem k UPT s partnerem (13 %, bez partnera 16 %). Naše kultura zdůrazňuje vhodné sociální podmínky při narození dítěte, proto není divu, že ti bez partnera se cítí znevýhodnění a volili by tedy o něco více UPT. Tendence považující UPT za eticky nepřijatelné a tedy neospravedlnitelné jsou i v této kategorii velmi nízké (1 %). V principu jsou sdíleny i jiné důvody k ospravedlnitelnosti (5 % respondentů bez partnera a 4 % s partnerem) srovnatelně na stejné úrovni. Poslední

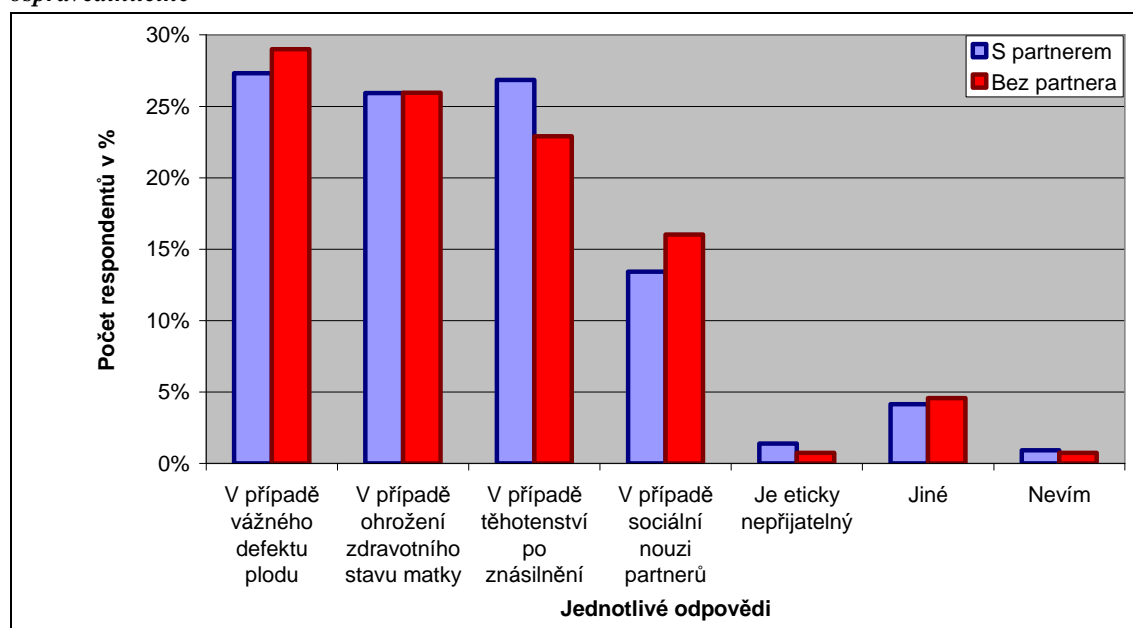
z uvedených možností „nevím“ takřka již neovlivňuje hlavní efekt daného ukazatele, nepřináší podstatné doplnění (1%).

**Obrázek 32 - Jakou míru provinění by respondenti s partnerem a bez partnera UPT přisoudili**



**Zdroj:** Vlastní výpočty

**Obrázek 33 - Za jakých podmínek považují respondenti s partnerem a bez partnera UPT za ospravedlnitelné**

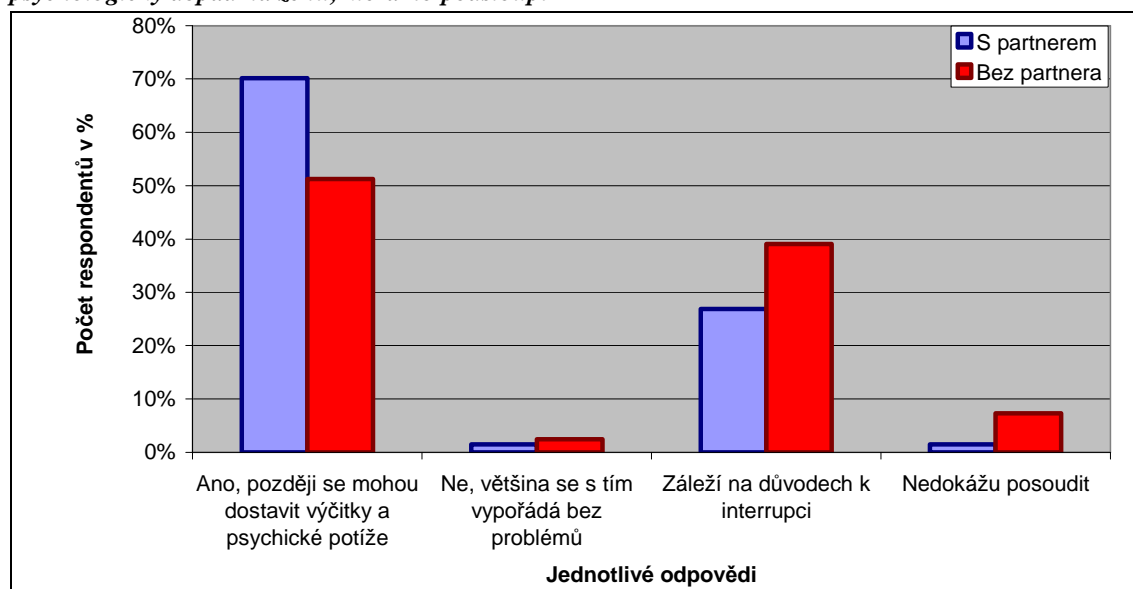


**Zdroj:** Vlastní výpočty

Souběžně s morální dimenzí UPT se srovnává i u této kategorie psychologický dopad UPT na ženu (obr. 34). Skupina respondentů s partnerem je početná v názoru (70 %), že žena může mít psychické potíže a výčitky po provedené UPT, k tomu přistupuje neméně početná skupina bez partnera (51 %). V této souvislosti se lze přiklonit k názoru, že společnost klade důraz na psychické zdraví ženy, i když respondenti s partnerem formulují tento požadavek zřetelněji. Opačný názor je představen zanedbatelným procentem respondentů (1 %

s partnerem, 2 % bez partnera). K těmto tvrzením přistupuje snaha o zdůvodnění rozhodnutí k UPT, neboť právě důvody mohou ovlivňovat psychický stav ženy (27 % s partnerem, 39 % bez partnera). Takřka v menšině zůstávají ti, kteří nedokáží psychologický dopad na ženu posoudit (1 % s partnerem, 7 % bez partnera).

**Obrázek 34 - Podíl respondentů s partnerem a bez partnera, kteří si myslí, že by UPT mělo psychologický dopad na ženu, která ho podstoupí**



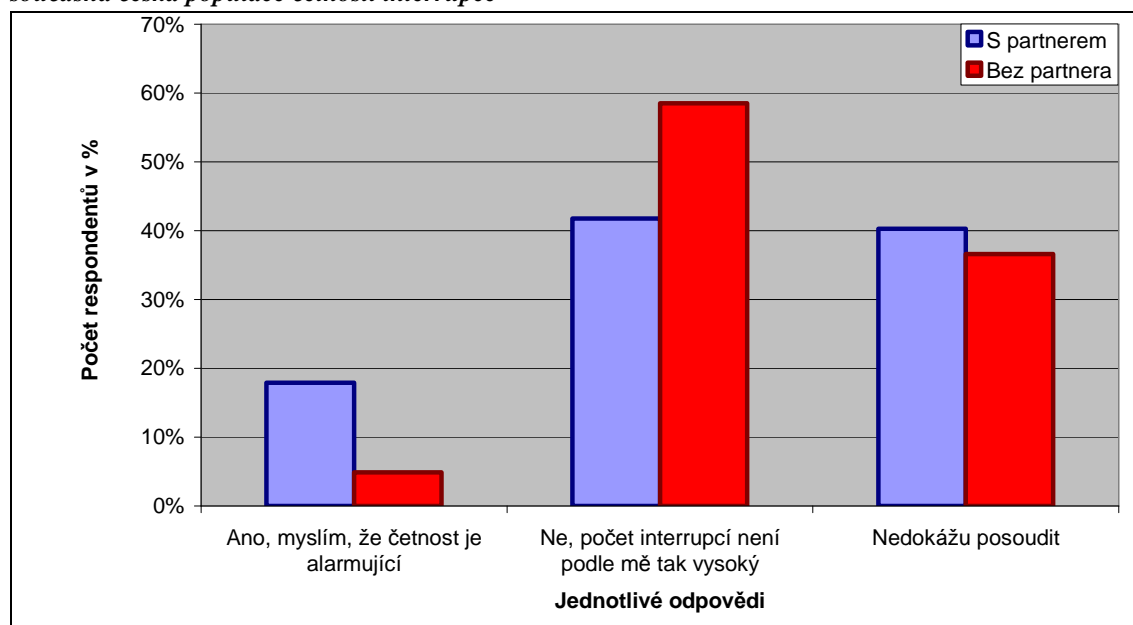
**Zdroj:** Vlastní výpočty

Při rozboru četností UPT nepotvrdila ani tato sledovaná kategorie prvotní hypotézu, že četnost UPT je alarmující (obr. 35). Znamená to, že respondenti bez partnera v nadpoloviční většině (59 %) nevidí v četnosti UPT ohrožení pro českou společnost (s partnerem 42 %). Současně převládá názor, že respondenti nedokážou danou situaci posoudit (40 % respondentů s partnerem a 37 % bez partnera). Velký rozdíl hodnot se vyskytuje u odpovědi „ano, myslím, že četnost je alarmující“. Respondenti s partnerem na tuto otázku odpověděli z 18% kladně, zatímco respondenti bez partnera jen z 5 %.

Domněnka o liberálním postoji české společnosti k UPT je posílena i v kategorii respondentů s partnerem a bez partnera (obr. 36). Také podle nich (s partnerem 78 % i bez partnera 76 %) je možno vyjádřit souhlas se současnou podobou legalizace UPT. Někteří se snaží podpořit spíše neplánované těhotenství a UPT by povolili pouze v případě ohrožení života ženy či defektu plodu, u respondentů s partnerem je to z 18% a u respondentů bez partnera je to z 20%. Zbývají respondenti, kteří se nesnaží legalizaci podepřít ani vyvrátit, svými názory se odlišují. Zůstávají však ve výrazné menšině (4 % s partnerem a 5 % bez partnera).

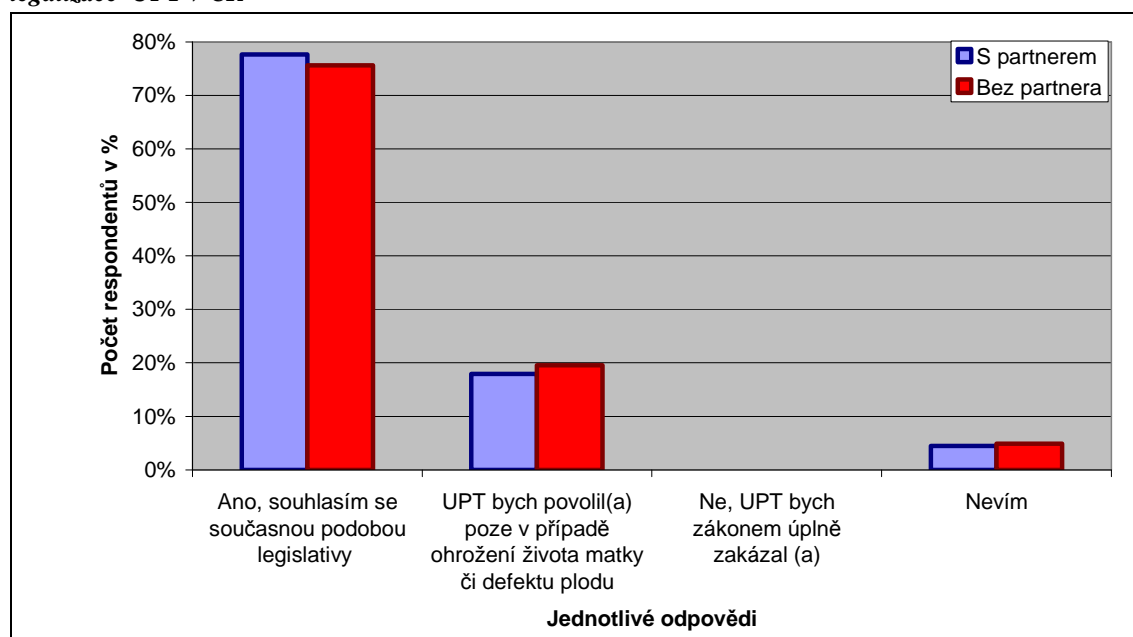


**Obrázek 35 - Podíl respondentů s partnerem a bez partnera, kteří si myslí, že je početně ohrožena současná česká populace četností interrupce**



Zdroj: Vlastní výpočty

**Obrázek 36 - Podíl respondentů s partnerem a bez partnera, kteří schvalují současnou podobu legalizace UPT v ČR**



Zdroj: Vlastní výpočty

## 6.5 Shrnutí postojů k UPT vysokoškolských respondentů

Získaná data nám umožňují interpretovat postoj vysokoškolské veřejnosti k UPT. Určitě je možno zaznamenat výrazně liberální postoj k rozhodnutí ženy o UPT, i když nejvíce by respondenti zvažovali okolnosti k provedení zákroku. Tady můžeme doplnit, že ne vždy je těhotenství žádoucí z důvodů zdravotních či eugenických. Ženy více nesouhlasí s UPT než muži a lidé bez partnera by logicky také více zvažovali okolnosti k UPT. Důležitost sociální

role matky a jistý emoční náboj k mateřství jsou zde pro ženy symbolicky přítomny i v době emancipace a nezávislosti žen, přestože v porovnání s tradiční společností můžeme hovořit o transformaci chování žen. Vysoké procento žen (38 %), což činí zhruba jednu třetinu žen, by totiž zvažovalo okolnosti k UPT. V tradiční společnosti nebyl takový prostor pro libovůli žen, proto hovoříme o transformaci chování. Na druhé straně současná společnost ženám nepřímou diktuje své sociální požadavky. Žena dnes musí často zvažovat, zda přijme mateřskou a rodičovskou roli, i když třeba nejde o stav zdravotní či sociální nouze ženy či dítěte.

Přestože moderní společnost a zdravotnictví rozšířily možnosti svobodné volby žen v případě těhotenství, probíhá na straně druhé již po celá staletí tlak náboženských společností či dnes stoupenců hnutí „pro-life“ k zastavení umělých přerušování těhotenství právě z důvodů morálních (odpovědnost za nenarozený život), z důvodů ochrany lidských práv. Nezanedbatelné nejsou ani střety o UPT s jinými kulturami v rámci migrace. Podřízenost morálním normám a morální problém odpovědnosti za vlastní rozhodnutí byly předmětem dvou otázek, týkajících se míry provinění a ospravedlnitelnosti UPT. Téměř jedna třetina všech respondentů má výhrady k UPT jako k těžkému provinění (31 %) 22, 13 % dokonce jako k velmi těžkému. Narodil od předchozích údajů již jedna pětina všech ho vnímá jako lehké, zbývající respondenti neví nebo UPT neberou jako provinění. Ženy považují více UPT za těžké provinění, muži více za lehké, či dokonce žádné provinění, neboť embryo není podle nich ještě člověk. Hodně vyrovnané a velmi podobné názory ve srovnání se všemi respondenty v otázce těžkého a velmi těžkého provinění jsou vyjádřeny i u kategorie „partnerství“. Celých 30 % respondentů bez partnera však přechází k hodnocení UPT jako lehkému provinění. Charakter těchto odpovědí lze také pochopit, neboť respondenti bez partnera jsou v případě neplánovaného těhotenství nositeli všech náročných rodičovských rolí, které je mohou teoreticky vzato natolik zaměstnávat, že je potlačen vliv morálních stereotypů

Další termín „ospravedlnitelnost“ je zde spojován s okolnostmi či podmínkami, za nichž je UPT možno provést bez jakýchkoli výčitek. Největšího významu k ospravedlnění nabývá u všech respondentů i u obou kategorií výzkumu vážný defekt plodu, zdravotní ohrožení stavu ženy a kriminologické hledisko. Výsledky jsou zde srovnatelné. Dále jsou respondenti ve vysoké míře (46%) ochotni reflektovat stav sociální nouze partnerů, ale zde ještě platí, že více je sociální nouze zohledňována muži a respondenty bez partnera. Výše uvedené skutečnosti odkrývají důležitost, kterou společnost přikládá fyzickému zdraví, zachování psychického zdraví žen i dětí a dobrým socio-kulturním podmínkám pro narození dítěte. Proto například eugenické důvody jsou lehce vysvětlitelné jako důvod UPT.

Psychologické dopady představovaly v našem výzkumu výčitky a psychické potíže žen po provedení UPT. Většina respondentů (57 %) podporuje tvrzení, že po stránce psychologické je žena po UPT ohrožena. Existuje samozřejmě logická vazba mezi charakterem odpovědí žen a respondentů s partnerem, kteří ve větší míře také uvádějí, že se mohou dostavit psychické potíže u ženy. Je zde patrný moment jednak vzájemné

<sup>22</sup> Z průzkumu veřejného mínění z roku 1998 plyne, že 34 procent lidí se domnívá, že interrupce je vraždou (srovnání Černý, 2003, s. 7).

soudržnosti partnerů, jednak schopnost žen představit si danou situaci. Přibližně třetina respondentů všech kategorií pak poukazuje na různost důvodů, které k UPT vedou, jejichž odkrytím se pak podle nich může otevřít cesta pro úvahy o nežádoucích psychických důsledcích.

Sledovanou složkou šetření byla otázka četnosti UPT. Necelá polovina (49 %) v našem výzkumu došla k závěru, že počet UPT není vysoký. Také muži v nadpoloviční většině a respondenti bez partnera nejsou přehnaně pesimističtí vůči četnosti UPT, nedomnívají se, že četnost je alarmující. Rovněž zůstává velké procento těch, kteří nedokáží daný problém posoudit. Převažují v takovém názoru ženy a respondenti s partnerem (46 % a 40 %). Tyto výsledky mohou posilovat teorie, že v podmínkách moderní společnosti není třeba rozdmýchávat diskuse o UPT, které se snaží svým způsobem podpořit církve a náboženská hnutí. Respondenti nevidí v četnosti UPT zásadní problém nebo ji nedokáží posoudit.

Souhlas více jak dvou třetin všech respondentů i obou kategorií výzkumu se objevil u otázky schvalování současné podoby legalizace UPT. Je tím nepřímě vyjádřeno: pravidla k UPT není třeba zpřísnit, není třeba posílit kontrolu nad prováděním UPT, pravidla a související právní předpisy k UPT jsou vyhovující. Opět liberálnost postojů může některé odborníky v oblasti morálky znepokojovat, otázkou by pak zůstalo, jaký opravný prostředek z hlediska právního by byl přijatelný. Zbývají ještě ti respondenti, kteří by vlastně omezili UPT jen na případy ohrožení života ženy a defekt plodu. Závěry tohoto ukazatele jsou srovnatelné u mužů (19 %) a u respondentů bez partnera (20 %).

Předložené výsledky nám umožnily orientaci ohledně názorů na UPT mezi vysokoškolskými studenty, ale současně představují řadu výzev pro další sociologická i etická zpracování. Ještě srozumitelněji řečeno: nejsou-li například ženy při svém rozhodování příliš omezovány zákonem, nejsou-li vedeny strachem ze sankcí, nebude pak UPT brána jako běžná alternativa neplánovaného těhotenství? Dále vyvstávají otázky ke zpracovávané kategorii partnerství- jak uspořádané partnerství vede k posílení vztahů sounáležitosti a kooperaci i v otázce naplánovaného těhotenství apod. Nemáme ale k dispozici prognózy vývoje UPT, takže zůstáváme na rovině hypotéz a otevřených diskusí.

## Kapitola 7

### 7 Závěr

Cílem dané práce byla analýza umělého přerušení těhotenství v jednotlivých krajích České republiky. Byla shromážděna data v regionálním členění, jednak z ÚZIS, ČSÚ, jednak z specifických dat. Všechna data byla podrobena analýze, při které jsme sledovali struktury a intenzity UPT a popisovali stav v jednotlivých krajích. Mezi nejdůležitější sledované ukazatele při UPT patřily průměrný věk žen při podstoupení UPT, zvláštní kategorií pak ženy nad 45 let a pod 20 let věku, pořadí UPT u žen, dále rodinný stav žen, věk žen a vzdělání. Velkou vypovídací hodnotu pro práci měly indexy UPT a výpočty úhrnné umělé potratovosti.

Přestože je nepochybné, že do výsledku daných analýz se promítají sociálně-ekonomické podmínky regionů, jako např. nezaměstnanost, poté rodinná politika státu, s níž souvisí zajištění životního standardu narozeným dítětem, morální či osobnostní profil žen, religiozita v krajích a řada dalších vnějších i vnitřních aspektů, nemáme potřebná data k dalšímu rozboru. Posuzovali jsme proto nejvíce fakta, která lze podpořit statistickými ukazateli a vlastními výpočty.

Pokusíme se shrnout hlavní zjištění. Po úvodních teoretických kapitolách o interrupcích a legislativě jsme se věnovali analýze krajů, kde jsou využity čtyři ukazatele UPT: index umělé potratovosti, průměrný věk ženy při podstoupení UPT, míra umělé potratovosti podle věku žen a úhrnná umělá potratovost. V indexu UPT jsou výrazně zastoupeny Ústecký kraj a Karlovarský kraj, které dosahují nejvyšších hodnot v ČR. Naopak v tomto ohledu nejnižší hodnoty mají některé kraje moravské (Vysočina, Olomoucký, Zlínský a Jihomoravský) a kraj Pardubický, které se pohybují pod republikovým průměrem (22,1 %). Dále byl srovnáván průměrný věk žen při podstoupení UPT. Vysoké hodnoty jsou připisovány krajům Pardubickému (30,3), Královéhradeckému (30,3), Olomouckému (30,5) a Zlínskému (30,7). Nejvyšší hodnotu vykazuje Vysočina (30,90). A opět v protikladu kraje Ústecký a Karlovarský, kde můžeme nalézt nejnižší hodnoty průměrného věku ženy při podstoupení UPT. Kolem republikového průměru se pohybuje Středočeský kraj a Praha. Kraje Moravy, s výjimkou Moravskoslezského, mají nejnižší index umělé potratovosti a nejvyšší věk žen při podstoupení UPT. Může zde jít o souběh mnoha okolností, ale roli zde zřejmě sehrává i religiozita krajů.

Současné je třeba podrobit rozboru také míru umělé potratovosti podle věku žen. Ženy ve věkové kategorii 30-34 let byly ve všech krajích hodně zastoupeny. Nicméně v kraji Karlovarském hlavní pozici obsadily ženy ve věku 20-24 let. V kraji Ústeckém narostl oproti

jiným krajům počet žen ve věkové kategorii 15-19 let. Výsledky dalších věkových kategorií ukázaly, že ženy ve věku 35-39 let tvoří také ne zrovna zanedbatelný počet z celkového počtu žen. Ale s narůstajícím věkem je možno sledovat klesající míru umělé potratovosti podle věku žen. Za povšimnutí stojí fakt, že ženy nad 45 + let již mají velmi nízkou míru umělé potratovosti podle věku žen.

Hodnoty úhrnné umělé potratovosti podle jednotlivých krajů ČR nejsou příliš vysoké. Při porovnání s republikovým průměrem (0,33) má nejvyšší hodnotu kraj Ústecký (0,47). Naproti tomu v kraji Pardubickém je nejnižší (0,23). Zastoupení Prahy (0,34) v umělé úhrnné potratovosti není nikterak specifické, mírně nad průměrem a uvádí stejné hodnoty jako kraj Plzeňský a Královéhradecký. K analýze pro větší přehlednost jsme přidali ještě tři kartogramy, kde barevná rozmanitost ještě výrazněji představila diferencii jednotlivých krajů.

Přejdeme nyní k rozboru Kapitoly 4 – Regionální diferenciace struktur UPT v krajích ČR. V podílu UPT v krajích ČR v roce 2011 nám prezentovaný obrázek vykazuje nejvíce UPT v kraji Středočeském (13,4 %) a v Praze (12,7 %). Při analýze ukazatelů současného trendu v ČR je zastoupen model se dvěma dětmi. Početnou skupinu při podstoupení UPT také tvoří ženy bezdětné. Tato fakta podpořila i data struktury UPT v ČR podle počtu předtím živě narozených dětí v roce 2011. Při sledování struktury UPT v krajích vykazoval odlišnosti kraj Praha s největším zastoupením počtu bezdětných žen při podstoupení UPT. Přesnějším ukazatelem byl index umělé potratovosti podle počtu předtím dříve narozených dětí, který vyjadřoval volbu ženy, zda podstoupit interrupci či porodit další dítě. Podle něho volily nejčastěji UPT ženy se třemi dětmi.

Další okruh analýzy se týkal sledování rodinného stavu žen, prvenství při podstoupení UPT je v ČR připisováno ženám svobodným (49 %) a na druhém místě ženám vdaným. Struktura UPT podle rodinného stavu v krajích tento fakt podpořila. Index UPT podle rodinného stavu ženy připsal prvenství ženám ovdovělým, které volí UPT před narozením dítěte.

V oblasti vzdělání žen převládá střední vzdělání s maturitou (34 %) a nemalý vliv má i podíl žen se středním vzděláním bez maturity (30 %). Vysokoškolačky mají největší podíl na UPT v Praze. Neméně důležitý aspekt odkryl index UPT podle vzdělání ženy, který ukázal, že nejvyšší zastoupení ve všech krajích je u žen se základním vzděláním (kromě Ústeckého kraje, kde je mírně převyšují ženy se středním vzděláním bez maturity).

V souvislosti s UPT s věkem ženy jsme konstatovali, že ženy ve věku 30-34 let jsou nejvíce zastoupeny, po nich ženy ve věku 35-39 let. Struktura UPT podle věku žen je samozřejmě stejná i v krajích. Důležitá zjištění umožnil výpočet indexu UPT podle věku ženy, kde jsme zjistili, že skutečnost je zcela opačná - zásadní roli zde sehrály ženy ve věku 45-49 let. Co se týká pořadí UPT žen, nejčastěji podstupovaly UPT ženy jednou. Na závěr jsme ještě přidali shlukovou analýzu, která doložila výše uvedená tvrzení.

Přejdeme k vyhodnocení hypotéz. Hypotéza 1 se nám nepotvrdila, nejvyšší UPT vykazuje Středočeský kraj. Analýza ukázala, že se Praha řadí mezi kraje s průměrnými hodnotami indexu umělé potratovosti a úhrnné umělé potratovosti, ale v počtu UPT se umístila na druhém místě. Můžeme tady poukázat na lepší socioekonomické podmínky, větší nabídku zaměstnání, vyšší plat, velký počet studujících žen.

Skupina 4 podle shlukové analýzy nám potvrdil Hypotézu 2. Tato skupina dokumentuje, že moravské kraje Zlínský, Jihomoravský kraj a Vysočina (k těmto územím patří také Pardubický kraj) mají nejnižší úhrnnou umělou potratovost ze všech krajů v ČR. A naopak profilují s vysokými hodnotami průměrného věku žen při podstoupení UPT. Tímto bylo doloženo výrazné dominantní postavení některých krajů Moravy v debatě o interrupcích. Mohli bychom zase zde uvést souhrn okolností, které odkazují ke stavu na Moravě, jako kulturní charakteristika, religiozita.

Přejdeme k Hypotéze 3, kterou máme potvrdit nejvyšší hodnoty úhrnné umělé potratovosti a naopak nejnižší průměrný věk ženy při podstoupení UPT na severozápadě Čech. Důkazem tomu může být i skupina krajů. Shluková analýza nám vytvořila potencionálně nejrizikovější oblast UPT (Karlovarský a Ústecký kraj).

Hypotéza 4 se nám taktéž potvrdila. Ženy do 14 let a nad 45 let měly minimální zastoupení co do počtu UPT. Nejvyšší zastoupení žen nad 45 let pak vykazuje Středočeský, Moravskoslezský a Olomoucký kraj. Kraje Ústecký, Středočeský i Moravskoslezský jsou taktéž zastoupeny nejvyšším počtem žen do 20 let. Ptáme-li se, co ovlivňuje chování takto mladých žen při rozhodování o UPT, můžeme poukázat právě na nízký věk k uzavírání trvalejších partnerských vztahů a z tohoto hlediska uvažujeme, že péče o dítě by byla komplikovaná.

Čtvrtá kapitola shrnovala různá hlediska k UPT, formulovány byly postoje lékařské, etické, náboženské, psychologické a právní. Přes všechnu rozmanitost pohledu, východisek a doporučení odborníků, většina diskusí byla vedena snahou odůvodnit, od kdy je plod v těle matky hoden ochrany. Hlavní odpovědnost je vždy kladena na ženu, která je ve svém rozhodnutí v různé míře časově limitována či zdravotně znevýhodněna. Je zdůrazněna beztestnost ženy podstupující UPT, obzvláště silné jsou argumenty lékařů na ochranu zdraví žen a zdůraznění antikoncepce jako metody plánovaného rodičovství. Etické i náboženské diskuse jsou směřovány k ochraně práv nenarozeného dítěte a proti další liberalizaci potratů.

Výsledky dotazníkového šetření nabízejí další závěry. Cílem bylo zjistit a interpretovat postoj vysokoškolských studentů k UPT. Zaznamenali jsme liberální postoj k UPT a zdá se, že respondenti by nejvíce zvažovali okolnosti k provedení zdravotního výkonu. Ženy více nesouhlasí s UPT než muži a lidé bez partnera by více zvažovali okolnosti k UPT. Odpovědi týkající se provinění a ospravedlnitelnosti k UPT naznačily, že téměř jedna třetina respondentů má výhrady k UPT jako k těžkému provinění. A důvody vedoucí k ospravedlnění zákroku jsou vztaženy na vážný defekt plodu, zdravotní ohrožení ženy a kriminologické hledisko. Respondenti jsou ochotni reflektovat sociální nouzi partnerů (46 %). Diskuse o psychologickém dopadu UPT na ženu potvrzuje u většiny respondentů (57 %), že žena je ohrožena po zákroku psychickými problémy. Respondenti se nedomnívají, že četnost UPT v ČR je alarmující (49 %), ale zůstává překvapivě velké procento těch, kteří nedokáží četnost posoudit. V otázce legalizace UPT v ČR vyslovují respondenti souhlas se současnou podobou v ČR. Není třeba zákony zpřísnit.

Bakalářská práce dokládá, že stav UPT v ČR za rok 2011 sice neznamena zásadní vzestup jako po roce 1986, kdy jsme zaznamenali nejvíce umělých přerušení těhotenství po nové právní úpravě. V porovnání s předchozími lety se zdá situace v UPT stabilní, v menší míře

pak došlo k početnímu navýšení oproti roku 2010 (o 57 případů) (Zdravotnická statistika Potraty 2011, ÚZIS, s. 11). Přesto je třeba vytvářet podmínky pro další snižování četnosti UPT. Analýza přinesla překvapující zjištění stavu UPT v jednotlivých krajích. Jak jsme již mnohokrát naznačili a výpočty potvrdili, v regionálním pohledu není stav UPT v ČR homogenní. Z pozice této analýzy lze dát podnět k dalšímu výzkumu UPT.

## Seznam použité literatury

- BAHOUNEK, T. J. aj. 2007. *Čtyři pohledy na interrupci*. 1. vydání. Ostrava: Key Publishing, 2007, s. 8-17. ISBN 978-808-7071-090.
- Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona*. Praha: Zvon 1985, s. 26-27. ISBN 80-7113-009-5.
- ČERMÁKOVÁ, M. 1997. Postavení žen na trhu práce. In *Sociologický časopis*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 1997, roč. 33, č. 4., s. 389-404. Dostupný také z WWW: [http://sreview.soc.cas.cz/uploads/1815c8033438c841b2dca524e33aa4e7dfa234bd\\_248\\_389\\_CERMA.pdf](http://sreview.soc.cas.cz/uploads/1815c8033438c841b2dca524e33aa4e7dfa234bd_248_389_CERMA.pdf).
- ČERNÝ, M., SCHELLEOVÁ, I. 2003. *Právní úprava umělého přerušení těhotenství*. 1. vydání. Praha: Eurolex Bohemia, 2003, s. 7-56. ISBN 80-86432-60-2.
- Československo. 1950. Zákon č. 86 ze dne 18. července 1950 o umělém přerušení těhotenství. In *Sbírka zákonů republiky Československé*. 1950, částka 39, s. 218 – 259. Dostupný také z WWW: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=86/1950&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=86/1950&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy).
- Československo. 1957. Zákon č. 68 ze dne 30. prosince 1957 o umělém přerušení těhotenství. In *Sbírka zákonů republiky Československé*. 1957, částka 33, s. 289 – 290. Dostupný také z WWW: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=68/1957&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=68/1957&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy).
- Československo. 1961. Vyhláška ministerstva zdravotnictví 104/1961 Sb. ze dne 13. září 1961, kterou se provádí zákon o umělém přerušení těhotenství. In *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*. 1961, částka 49, s. 361–367. Dostupný také z WWW: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=104/1961&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=104/1961&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy).
- Československo. 1961. Trestní zákon č. 140/1961 Sb. ze dne 29. listopadu. In *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*. 1961, částka 65, s. 465-512. Dostupný také z WWW: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=140/1961&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=140/1961&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy).
- Československo. 1973. Vyhláška č. 71/1973 Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky ze dne 16. května 1973, kterou se provádí zákon č. 68/1957 Sb., o umělém přerušení těhotenství. In *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*. 1973, částka 20, s. 207–213. Dostupný také z WWW: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=71/1973&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=71/1973&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy).
- Československo. 1986. Zákon č. 66/1986 ze dne 20. října 1986 o umělém přerušení těhotenství. In *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*. 1986, částka 22, s. 484–485. Dostupný také z WWW:



- <[http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=66/1986&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=66/1986&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)>.
- Československo. 1986. Vyhláška č. 75 Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky ze dne 7. listopadu 1986, kterou se provádí zákon České národní rady č.66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Dostupný také z WWW:  
<[http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=75/1986&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=75/1986&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)>.
- Československo. Ministerstvo zdravotnictví České socialistické republiky. Vyhláška č. 467 ze dne 8. září 1992 o zdravotní péči poskytované za úhradu. In *Sbírka zákonů České a slovenské federativní republiky*, 1992, částka 94, s. 2715-2718. Dostupný také z WWW:  
<[http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=467/1992&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=467/1992&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)>.
- Česko. Vláda. Usnesení vlády České republiky ze dne 21. července 2003 č. 747 + P o návrhu změny zákona o umělém přerušení těhotenství č. 66/1986. 2003. Dostupný také z WWW:  
<[http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni\\_webtest.nsf/0/876457779431752EC12571B6006EAA62](http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/0/876457779431752EC12571B6006EAA62)>.
- DRNEK, M. aj. 2011. *Společenské vědy pro střední školy 4. díl*. 1. vydání. Brno: Didaktik, 2011, s. 88. ISBN 978-80-7358-177-0.
- DUDOVÁ, R. 2012. *Interrupce v České republice: Zápas o ženská těla*. 1. vydání. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2012, s. 45-136. ISBN 978-80-7330-214-6.
- FELDMANN, V. 1999. *Vyznání víry církve: překlad 1. dílu katolického katechizmu pro dospělé*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Teologická fakulta, 1999, s. 94-286. ISBN 80-86074-15-3.
- FĚRTOVÁ, M., TEMELOVÁ, J. 2011. Prostorová specifika strukturální nezaměstnanosti na úrovni obcí. In *Sociologický časopis*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2011, roč. 47, č. 4., s. 681-715. Dostupný také z WWW:  
<[http://sreview.soc.cas.cz/uploads/d476d6fb7890a7c15e4b24630337277b4d69d733\\_Fertrova%20soccas2011-4.pdf](http://sreview.soc.cas.cz/uploads/d476d6fb7890a7c15e4b24630337277b4d69d733_Fertrova%20soccas2011-4.pdf)>.
- FREED, L., SALAZAR P., Y. 2008. *Čas k uzdravení: naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu*. 1. vydání. Praha: Paulínky, 2008, s. 17-20. ISBN 978-80-86949-44-4.
- Hnutí pro život ČR. 1999. *Hnutí pro život ČR* [online]. ©1999-2013 [cit. 2013-03-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.prolife.cz/>>.
- JULÍNEK, T. aj. 2008. *Návrh věcného záměru zákona o specifických zdravotních službách 263/07 z roku 2008*. Dostupné z WWW:  
<<http://www.mvcr.cz/clanek/z-jednani-schuze-vlady-ceske-republiky-dne-19-listopadu-2008.aspx>>.
- MATĚJČEK, Z. 2005. *Výbor z díla*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005, s. 200-366. ISBN 80-246-1056-6.
- MELOUN, M., MILITKÝ, J., Hill, M. 2012. *Statistická analýza vícerozměrných dat v příkladech*. 2. vydání. Praha: Academia, 2012, s. 315-325. ISBN 978-802-0020-710.
- ONDOK, J. P. 1999. *Bioetika*. 1. vydání. Svitavy: Trinitas, 1999, s. 9-83. ISBN 80-86036-24-3.
- PAVLÍK, Z., RYCHTAŘÍKOVÁ, J., ŠUBRTOVÁ, A. 1986. Potrat a potratovost. In *Základy demografie*. 1. vydání. Praha: Academia, 1986, s. 330 – 337.
- PAVLÍK, Z.; KALIBOVÁ, K. 2005. *Mnohojazyčný demografický slovník*. 1. vydání. Praha: Česká demografická společnost, 2005, s. 22-96, Acta demographica, sv. 15. ISBN 80-239-4864-4.

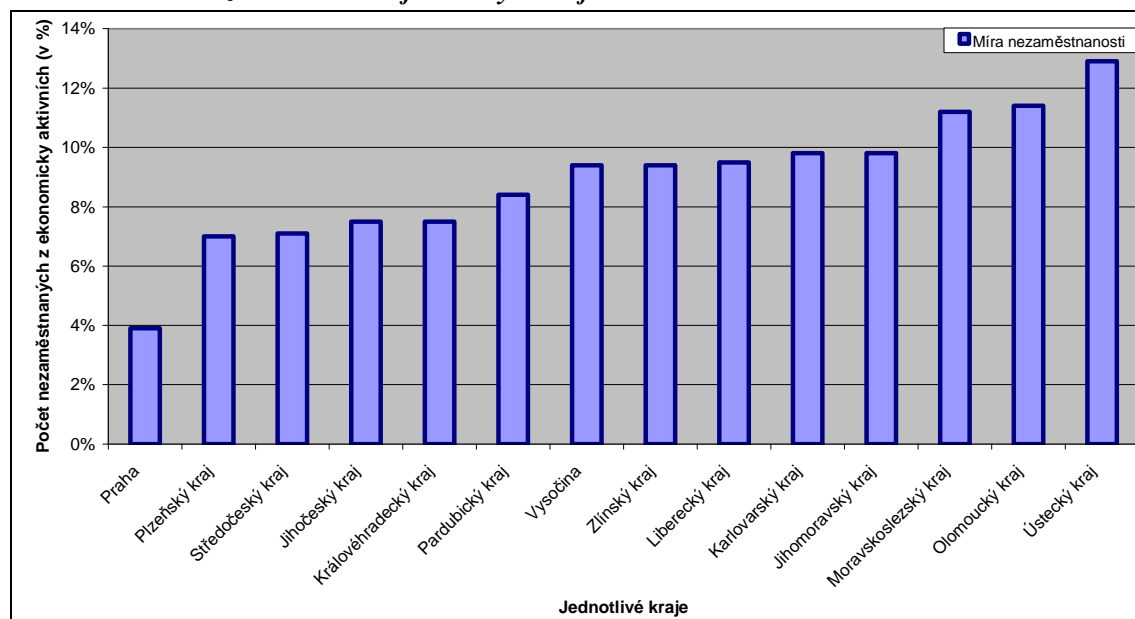
- PEKÁRKOVÁ, M. aj. 2000. *Potrat ano-ne aneb Na pokraji života*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 7-12. ISBN 80-7169-922-5.
- PIKÁLKOVÁ, S. 2003. Třetí dítě v rodině: plány a realita u žen s různým stupněm vzdělání. In Hamplová, D., Rychtaříková J., Pikálková S. *České ženy: vzdělání, partnerství, reprodukce a rodina*. 1. vydání. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2003, s. 84-104. ISBN 80-7330-040-0.
- RICKEN, F. 1995. *Obecná etika*. 1. vydání. Praha: Oikoymenh, 1995, s. 10. ISBN 80-85241-72-2.
- ROTTER, H. 1999. *Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky*. 1. vydání. Praha: Vyšehrad, 1999, s. 11-55. ISBN 80-7021-302-7.
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. 2003. Diferenční plodnost v České republice podle rodinného stavu a vzdělání v kohortní perspektivě. In Hamplová, D., Rychtaříková J., Pikálková S. *České ženy: vzdělání, partnerství, reprodukce a rodina*. 1. vydání. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2003, s. 41-83. ISBN 80-7330-040-0.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky. 2011. *Zdravotnická statistika: Potraty 2011* [online]. Praha: ÚZIS, 2011, s. 7-11 [cit. 2013-03-31]. Dostupný také z WWW: <<http://www.uzis.cz/publikace/potraty-2011>>.

## Zdroje dat

- Český statistický úřad. 2012a. *Demografická ročenka v České republice v roce 2011* [online]. Praha: ČSÚ, 2011 [cit. 2013-02-20]. 325 s. Dostupný také z WWW: [http://www.czso.cz/csu/2012ediciplan.nsf/publ/4019-12-r\\_2012](http://www.czso.cz/csu/2012ediciplan.nsf/publ/4019-12-r_2012).
- Český statistický úřad. 2012b. *Pohyb obyvatelstva v Českých zemích 1785-2011* [online]. Praha: ČSÚ, 2011 [cit. 2013-02-20]. 325 s. Dostupný také z WWW: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo\\_hu](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_hu).
- Český statistický úřad. 2012c. *Sčítání lidu, domů a bytů 2011* [online]. Praha: ČSÚ, 2011 [cit. 2013-04-13]. Dostupný také z WWW: <http://www.czso.cz/sldb2011/redakce.nsf/i/home>.
- Český statistický úřad. 2012d. *Struktura mezd zaměstnanců 2011: Struktura průměrné hrubé měsíční mzdy v regionech* [online]. Praha: ČSÚ, 2011 [cit. 2013-04-25]. Dostupný také z WWW: <http://www.czso.cz/sldb2011/redakce.nsf/i/home>.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2012. *Příjmy a životní úroveň: Analýza vývoje zaměstnanosti a nezaměstnanosti v roce 2011* [online]. Praha: MPSV, 2011 [cit. 2013-03-18]. Dostupný také z WWW: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/12927/Analyza\\_zamestnanost\\_2011.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/12927/Analyza_zamestnanost_2011.pdf).
- Specifický soubor: vytříděná data z individuálních anonymizovaných údajů souborů Potraty a Narození z roku 2011 J. Rychtaříkovou.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky. 2012. *Zdravotnická statistika: Potraty 2011* [online]. Praha: ÚZIS, 2011 [cit. 2013-03-31]. Dostupný také z WWW: <http://www.uzis.cz/publikace/potraty-2011>.

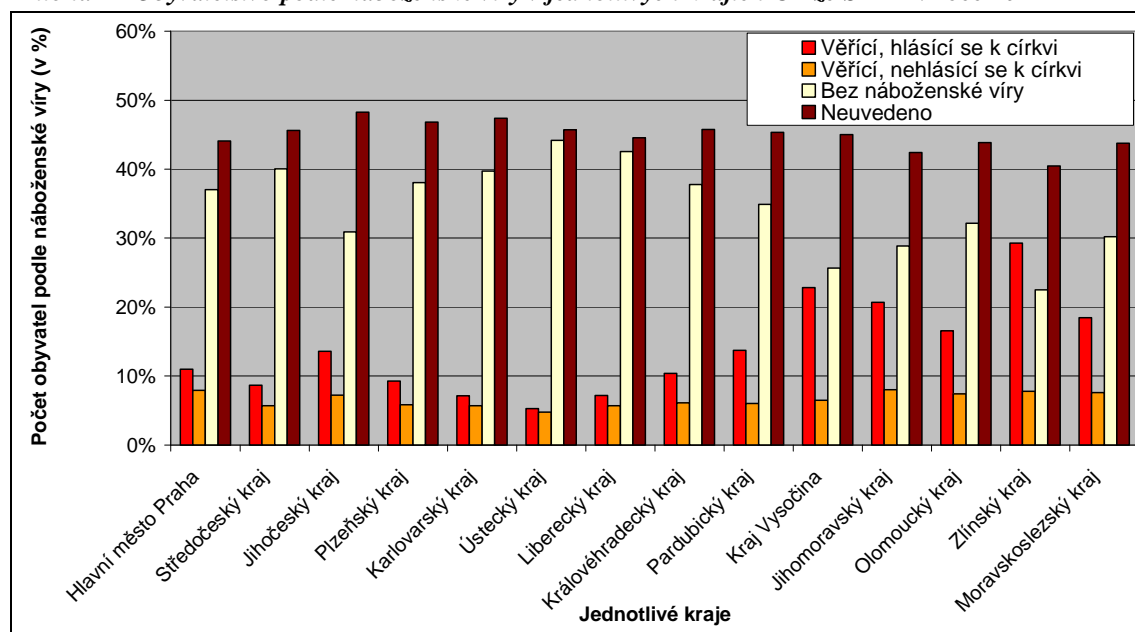
## Přílohy

**Příloha 1 - Míra nezaměstnanosti v jednotlivých krajích ČR v roce 2011**

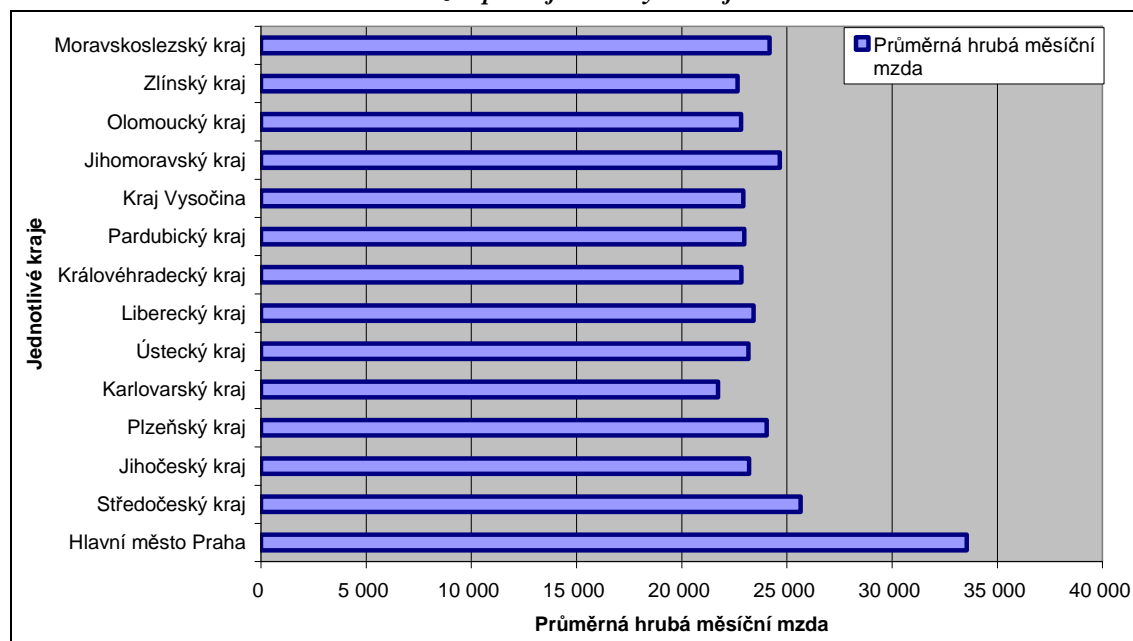


**Zdroj:** MPSV, 2012 a vlastní výpočty

**Příloha 2 - Obyvatelstvo podle náboženské víry v jednotlivých krajích ČR ze SLDB v roce 2011**



**Zdroj:** ČSÚ, 2012c a vlastní výpočty

**Příloha 3 - Průměrná hrubá měsíční mzda podle jednotlivých krajů ČR v roce 2011**

Zdroj: ČSÚ, 2012d a vlastní výpočty

**Příloha 4 - UPT podle druhu užívané antikoncepce a kraje bydliště**

Území, kraj	Antikoncepce					% žen, které neužívají
	hormonální	nitroděložní	jiná	žádná	celkem	žádnou antikoncepci
	Umělá přerušení těhotenství					
Hl. m. Praha	10	8	8	3 025	3 051	99,15
Středočeský	93	29	11	3 100	3 233	95,89
Jihočeský	41	15	8	1 373	1 437	95,55
Plzeňský	39	14	5	1 289	1 347	95,69
Karlovarský	13	11	2	853	879	97,04
Ústecký	42	23	5	2 610	2 680	97,39
Liberecký	39	16	2	1 158	1 215	95,31
Královéhradecký	69	20	3	1 192	1 284	92,83
Pardubický	52	14	1	766	833	91,96
Vysočina	20	8	2	822	852	96,48
Jihomoravský	66	36	10	2 109	2 221	94,96
Olomoucký	49	36	6	1 220	1 311	93,06
Zlínský	42	15	2	946	1 005	94,13
Moravskoslezský	63	20	7	2 617	2 707	96,68
ČR	638	265	72	23 080	24 055	95,95

Zdroj: ÚZIS, 2012

**Příloha 5 - Dotazník zaměřující se na názory a postoje studentů vysokých škol na UPT****Regionální diferenciacie umělé potratovosti v České republice**

Dobrý den Vážení respondenti,

jsm studentkou 3. ročníku Demografie-sociologie Karlovy Univerzity v Praze. Právě zpracovávám bakalářskou práci na téma „Regionální diferenciacie umělé potratovosti v České republice“. Cílem mého výzkumu je porovnat jednotlivé kraje České republiky v počtech umělých potratů, případně posoudit, jak se promítá tato statistika do celkové populace. Přínosem mého dotazníku je zjištění názorů a postojů studentů vysokých škol na umělou potratovost a získání prvotních informací o potratové mentalitě. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění mého krátkého dotazníku, který Vám zabere maximálně 10 minut. Dotazník je zcela anonymní a údaje nebudou použity k jiným účelům.

Děkuji za Váš čas

Martina Chvátlová, studentka 3. ročníku demografie-sociologie.

Na konci dotazníku, po jeho vyplnění, stačí jen zmáčknout ikonu odeslat.

**Dotazník je určen pouze pro studenty vysokých škol.**

*Instrukce k vyplnění dotazníku:* Každou odpověď jednou zaškrtněte. Kromě 2. a 8. otázky, kde je možno zaškrtnout i více odpovědí.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

☐

Muž

☐

Žena

2. Jaké je zaměření Vaší vysoké školy?

*Je možné zaškrtnout i více odpovědí.*

☐

Technické

☐

Humanitní

☐

Přírodovědecké

☐

Ekonomické

☐

Lékařské

☐

Pedagogické

3. Máte partnera (partnerku)?

☐

Ano

☐

Ne

4. Jaký je Váš rodinný stav?

☐

Svobodný (á)

☐

Ženatý (vdaná)

☐

Rozvedený (á)

☐

Ovdovělý (á)

5. Kolik máte dětí?

- ☐ Žádné
- ☐ Jedno
- ☐ Dvě
- ☐ Tři
- ☐ Čtyři a více

6. V jakém kraji bydlíte?

- ☐ V Praze
- ☐ Ve Středočeském
- ☐ V Jihočeském
- ☐ V Plzeňském
- ☐ V Karlovarském
- ☐ V Ústeckém
- ☐ V Libereckém
- ☐ V Královéhradeckém
- ☐ V Pardubickém
- ☐ Na Vysočině
- ☐ V Jihomoravském
- ☐ V Olomouckém
- ☐ Ve Zlínském
- ☐ V Moravskoslezském

7. Zvažovali byste interrupci, v případě neplánovaného těhotenství (Vašeho či Vaší partnerky)?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Záleží na okolnostech
- ☐ Nevím

8. Jakou míru provinění byste umělému přerušení těhotenství přisoudili?

- ☐ Velmi těžké, neboť jde o vraždu nenarozeného dítěte
- ☐ Těžké
- ☐ Lehké
- ☐ Žádné, neboť embryo ještě nepovažuji za člověka
- ☐ Nevím

9. Za jakých podmínek považujete umělé přerušení těhotenství za ospravedlnitelné?  
*Je možné zaškrtnout i více odpovědí.*

- ☐ V případě vážného defektu plodu
- ☐ V případě ohrožení zdravotního stavu ženy
- ☐ V případě těhotenství po znásilnění
- ☐ V případě sociální nouze partnerů
- ☐ Je pro mě eticky nepřijatelný
- ☐ Jiné
- ☐ Nevím

10. Myslíte, že umělé přerušené těhotenství má psychologický dopad na ženu, která ho podstoupí?

- ☐ Ano, později se mohou dostavit výčitky a psychické potíže
- ☐ Ne, většina se s tím vypořádá bez problémů
- ☐ Záleží na důvodech k interrupci
- ☐ Nedokážu posoudit

11. Myslíte si, že je početně ohrožena současná česká populace četností interrupce?

- ☐ Ano, myslím, že četnost je alarmující
- ☐ Ne, počet interrupcí není podle mě tak vysoký
- ☐ Nedokážu posoudit

12. Schvalujete současnou podobu legalizace umělého přerušení těhotenství v České republice? Podle platného zákona má těhotná žena svobodnou volbu rozhodnout se pro interrupci jak ze zdravotních důvodů, tak bez udání příčiny. Tato volba platí do ukončeného 12. týdne těhotenství počítáno od prvního dne poslední menstruace. Při indikaci genetické lze těhotenství ukončit až do 24. týdne.

- ☐ Ano, souhlasím se současnou podobou legislativy
- ☐ Umělá přerušení těhotenství bych povolil (a) pouze v případě ohrožení života ženy či defektu plodu
- ☐ Ne, umělá přerušení těhotenství bych zákonem úplně zakázal (a)
- ☐ Nevím

---

Děkuji za Váš čas a ochotu

Martina Chvátlová, studentka 3. ročníku demografie-sociologie



## Příloha 6 - Žádost o umělé přerušení těhotenství

Žádost o umělé přerušení  
těhotenství (UPT), hlášení  
potratu a mimoděložního  
těhotenství

Razítko zařízení

		IČO - PČZ	ZZ, kde byl výkon proveden
		IČO - PČZ	ZZ, které výkon provedlo
Rodné číslo			
Obec bydliště	Číslo obce		
Číslo obce s rozšířenou působností			
Zaměstnání (slovně - bez zkratk)	*)		
Rodinný stav	0 - nezjištěn 1 - svobodná 2 - vdaná	3 - rozvedená 4 - vdova 5 - družka	
Příslušnost k EU	1 - ČR 2 - ostatní země EU	3 - země mimo EU	
Vzdělání	1 - základní neukončené 2 - základní ukončené 3 - střední odborné 4 - úplné střední odborné	5 - úplné střední všeobecné 6 - bakalářské 7 - vysokoškolské 9 - nezjištěno	
Počet porodů			
Počet živě narozených dětí			
Počet dosavadních UPT			
Počet dosavadních samovolných potratů			
Druh potratu	1 - samovolný 2 - miniinterupce 3 - jiná legální UPT	4 - ostatní potraty 5 - mimoděložní	
UPT ze zdravotních důvodů	1 - ano 2 - ne	Dg.	
Datum provedení potratu	den, měsíc, rok (DDMMRRRR)		
Stáří plodu v týdnech			
U plodu nad 17 týdnů	a) hmotnost v gramech b) délka v cm	a)	b)
Antikoncepce	1 - hormonální 2 - nitroděložní	3 - jiná 4 - žádná	
Poplatek za UPT se	1 - nestanoví 2 - stanoví		

\*) vyplní pracoviště UZIS ČR

Tisk: KOVÁŘIK, Česká Třebová

DITIS 113 018 1

1.	<p>Žádám o umělé přerušení těhotenství. *)</p> <p>Souhlasím s umělým přerušením těhotenství. *)</p> <p>Dávám podnět k umělému přerušení těhotenství. *)</p> <p>Beru na vědomí poučení lékaře o možných zdravotních důsledcích umělého přerušení těhotenství.</p> <p>Byla jsem poučena o možnosti používání antikoncepčních metod a prostředků.</p> <p>*) Nevhodné škrtněte</p> <p style="text-align: right;">Datum a podpis žadatelky (zákon. zástupce)</p>
2.	<p>Poslední měsíčky: _____ Datum posledního potratu: _____</p>
3.	<p>Gynekologické vyšetření a nález (výsledky ostatních vyšetření)</p> <p>Závěr lékaře:</p> <p>V _____ dne _____ .. _____</p> <p style="text-align: right;">Razítko a podpis lékaře</p>
4.	<p>Beru na vědomí možnost podat do 3 dnů žádost o přezkoumání závěru lékaře, se kterým jsem byla seznámena.</p> <p style="text-align: right;">Datum a podpis žadatelky (zákon. zástupce)</p>
5.	<p>Výsledek přezkoumání:</p> <p>Umělé přerušení těhotenství se _____ povoluje</p> <p style="text-align: center;">_____ nepovoluje</p> <p>V _____ dne _____ . _____</p> <p style="text-align: right;">Razítko a podpis pověřeného odborníka pro obor gyn. a por.</p>
6.	<p>Zpráva o provedení výkonu a o případných komplikacích</p> <p>V _____ dne _____ . _____</p> <p style="text-align: right;">Razítko zařízení a podpis lékaře</p>